



Autoras: Clara García de la Serna Arias y Alba Quintana Bueno

Tutora: Ana Isabel Parro Moreno

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos expresar un especial agradecimiento a nuestra tutora Ana Isabel Parro Moreno por su guía y consejos durante la elaboración de nuestro trabajo de fin de grado, así como por la dedicación y apoyo brindados a éste y por la confianza depositada en nosotras desde el primer momento.

Queremos también agradecer al personal de la Biblioteca de la Facultad de Medicina por habernos proporcionado nociones básicas sobre estrategias de búsqueda además de ofrecernos el contenido necesario para la elaboración del trabajo.

Finalmente mostramos nuestro agradecimiento a todos aquellos profesionales de enfermería de los que hemos tenido la gran oportunidad de aprender y que día a día ofrecen lo mejor de ellos mismos en su labor, siendo para nosotras una referencia a seguir.

Por último, a nuestras compañeras y compañeros, que durante estos años de carrera han sido y son un apoyo esencial, gracias a los cuales hemos logrado llegar hasta aquí.

Este trabajo va dedicado a todas aquellas mujeres que han luchado y continúan su lucha contra el cáncer de mama.

ÍNDICE

RESUMEN 1

INTRODUCCIÓN 3

MÉTODO 11

RESULTADOS 17

DISCUSIÓN..... 26

CONCLUSIONES 32

BIBLIOGRAFÍA..... 34

ANEXOS 38

RESUMEN

Objetivo: Analizar el impacto emocional en mujeres con diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama.

Palabras clave: Cáncer de mama, mastectomía, afrontamiento, imagen corporal, quimioterapia, radioterapia y cuidados de enfermería.

Metodología: Revisión narrativa llevada a cabo mediante una consulta estructurada en bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, Cinahl, Cuiden, Dialnet, Scielo y Scopus. Los criterios de selección fueron artículos originales relacionados con el tema de interés, publicados en inglés o español entre los años 2015-2021. Se excluyeron aquellos que no fuesen originales y tratasen sobre el cáncer de mama en hombres.

Resultados: Fueron incluidos 22 artículos originales tras una lectura completa y crítica de los mismos. Se seleccionaron tres estudios de casos y controles, uno descriptivo, nueve estudios cualitativos de los cuales dos son fenomenológicos, tres revisiones narrativas y cinco estudios mixtos.

Conclusiones: El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama supone un gran impacto en la vida de las mujeres. Los cambios físicos secundarios al tratamiento conllevan una afectación psicológica marcada por la aparición de ansiedad y/o depresión. Además, se produce una drástica desestabilización familiar siendo la pareja la principal figura afectada teniendo que mostrarse a la altura en el desempeño de su nuevo rol como cuidador principal. Por tanto, es esencial que las enfermeras proporcionen a las mujeres una atención continua, prestando especial interés en las necesidades de autocuidado bio-psico- sociales, mediante la puesta en marcha de intervenciones enfermeras específicas que contribuyan a ofrecerles un cuidado holístico e individualizado.

ABSTRACT

Aim: Analyze the emotional impact in women with breast cancer diagnosis and treatment.

Key words: Breast cancer, mastectomy, coping, body image, chemotherapy, radiotherapy and nursing care.

Methodology: Narrative review carried out through a structured consultation in Health Sciences databases: PubMed, Cinahl, Cuiden, Dialnet, Scielo and Scopus. The selection criteria were original articles related to the topic of interest, published in English or Spanish between 2015-2021. Those that were not original and dealt with breast cancer in men were excluded.

Results: 22 original articles were included after a complete and critical reading of them. Three case-control studies were selected, one descriptive, nine qualitative studies of which two are phenomenological, three narrative reviews and five mixed studies.

Conclusions: The diagnosis and treatment of breast cancer has a major impact on women's lives. Physical changes secondary to treatment involve a psychological involvement marked by the appearance of anxiety and/or depression. In addition, there is a drastic family destabilization with the couple being the main figure affected having to show up to the height in the performance of their new role as primary caregiver. It is therefore essential that nurses provide women with continued attention, with a focus on bio-care needs psycho-social, through the implementation of specific nursing interventions that contribute to providing holistic and individualized care.

INTRODUCCIÓN

El *cáncer de mama* es el tumor maligno más frecuente en la población femenina y, aunque las tasas de cáncer de mama son más altas en países desarrollados, están aumentando en casi todas las regiones del mundo. Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres. Es además la primera causa de muerte por cáncer en el sexo femenino. Si consideramos los dos sexos, solo es superado en mortalidad por los cánceres de pulmón, estómago, colorrectal e hígado. (1)

En España se diagnosticaron 33.307 nuevos casos en 2019 lo que representa algo más del 30% de todos los tumores del sexo femenino (1) y se estimó que en 2020 se darían 32.953 nuevos casos (2). La mayoría de casos se diagnostican entre los 45 y los 65 años. La tasa de mortalidad por cáncer de mama en España es de las más bajas. Se debe a que, a pesar de que las tasas de incidencia aumentan lentamente por el aumento poblacional y la esperanza de vida, existe un mejor resultado de los tratamientos además de mejoras en la detección precoz de esta neoplasia. (1)

La causa o causas que producen un cáncer de mama todavía no están aclaradas, sin embargo, sí se han identificado numerosos factores de riesgo asociados a éste: la edad, el sexo, enfermedades previas sobre la mama, antecedentes familiares o genéticos, obesidad, consumo de alcohol, factores reproductivos que aumentan la exposición a los estrógenos endógenos, el uso de terapia hormonal sustitutiva y la exposición a radiaciones ionizantes. (2)

Para poder desarrollar nuestro trabajo acerca del impacto del cáncer de mama para las mujeres y del papel de la enfermería en su afrontamiento, consideramos primero necesario tener una noción básica acerca de la clínica y fisiopatología de esta enfermedad, la cual es esencial para fundamentar nuestros cuidados basándonos en documentación científica que nos permita conocer cómo afecta a las pacientes, así como el por qué y el para qué de nuestras intervenciones. Dicho esto, procederemos a explicar su origen, así como los subtipos existentes de cáncer según diversas clasificaciones, lo que nos llevará a su vez a hablar sobre los tratamientos en función del grado de avance de la enfermedad. Una vez conocido esto por fin podremos profundizar en cómo todos los aspectos mencionados influyen en las pacientes.

El cáncer de mama usualmente tiene **origen** en los conductos mamarios recibiendo el nombre de carcinoma ductal, aunque en un 10% de los casos se inicia en los lóbulos mamarios denominándose carcinoma lobulillar. En su mayoría los carcinomas ductales son carcinomas no invasivos, es decir permanecen en la luz del ductus sin invadir tejidos vecinos, por eso se les denomina intraductales o “in situ”, teniendo buena respuesta por

tanto a la resección local. Sin embargo, existe la probabilidad de que estos invadan otros tejidos de la propia mama denominándose carcinoma ductal infiltrante, e incluso a la piel, músculos pectorales y ganglios axilares. Si dicha invasión sigue avanzando finalmente puede alcanzar la circulación sistémica afectando a otros órganos como el pulmón, hígado.

(3)(4)

El término de cáncer de mama engloba en sí mismo 4 subtipos de tumores con un comportamiento biológico muy variado:

- Tumores hormono dependientes o luminales: con receptores para estrógenos y progesterona. Representan el 66% de los casos y pueden darse en mujeres pre o postmenopáusicas siendo más común su aparición en este último grupo. Son los de mejor pronóstico.
- Tumores HER2 positivos: en un 25% de los casos, las células tumorales presentan sobre expresado el receptor HER2 debido a una mutación en los genes BRCA1 y BRCA2. En condiciones normales esta proteína desempeña un papel fundamental en el crecimiento de las células epiteliales, siendo la razón por la que se produce un crecimiento rápido y descontrolado de células malignas. Sin embargo, estas no poseen receptores para hormonas.
- Los triple negativos: sus células no poseen receptores para hormonas ni sobreexpresión de la proteína HER2. Su incidencia es del 15%.
- Los positivos para todo: en un 12% de los casos las células tumorales poseen receptores para hormonas a la par que la proteína HER2 sobre expresada.

Además, las células tumorales en función de sus características histológicas son clasificables según el grado de similitud que poseen respecto a las demás. Siguiendo esta clasificación encontramos:

- Grado I: células bien diferenciadas que son similares a las células de origen y por tanto de crecimiento lento.
- Grado II: guardan semejanzas de las células de origen y tienen un crecimiento más rápido que las de grado I.
- Grado III: células indiferenciadas que no se parecen a las células de origen. Tienen un crecimiento muy rápido y gran capacidad de diseminación.

(1)

Antes de hablar del tratamiento de elección es imprescindible conocer la clasificación que nos permite saber el estado de avance del tumor en base a su tamaño (T), la afectación o no de ganglios axilares (N) y el grado de afectación a otros órganos (M).

CLASIFICACION TNM CÁNCER MAMARIO	
T = Tumor	
Tx	: Tumor desconocido
To	: Sin evidencias de tumor primario
Tis	: Carcinoma <i>in situ</i> (CDIS - CLIS - Paget no asociado tumor)
T1	: Tumor de 2 cm o menos en su diámetro mayor
T1 mic	: Microinvasión menor de 0,1cm en su diámetro mayor
T1a	: Tumor de 0,5 cm o menos
T1b	: Tumor mayor de 0,5 cm y hasta 1 cm
T1c	: Tumor mayor de 1 cm y hasta 2 cm
T2	: Tumor mayor de 2 cm y hasta 5 cm
T3	: Tumor mayor de 5 cm
T4	: Tumor de cualquier tamaño con extensión a pared torácica o a piel
T4a	: Extensión a pared torácica
T4b	: Piel con edema, ulceración o nódulos satélites en la mama
T4c	: Suma de a + b
T4d	: Cáncer inflamatorio

N = Linfonodos regionales	
Nx	: No pueden ser evaluados por falta de datos
N0	: Ausencia de adenopatías palpables
N1	: Metástasis axilares homolaterales móviles palpables
N2	: Metástasis axilares homolaterales fijas o metástasis en mama interna homolaterales detectables por imágenes (salvo linfocintigrafía) o por examen clínico, en ausencia clínica de metástasis en axila.
N2a	: Metástasis axilares homolaterales fijas entre sí o a otras estructuras.
N2b	: Metástasis en cadena mamaria interna homolateral en ausencia clínica de metástasis axilares.
N3	: Metástasis infraclaviculares homolaterales o en mama interna homolaterales detectadas por imágenes o clínica y presencia de metástasis axilares; o supraclaviculares homolaterales con o sin compromiso de linfonodos de axila o mama interna.
N3a	: Metástasis en linfonodos infraclaviculares homolaterales y en axilares
N3b	: Metástasis en linfonodos de mama interna homolaterales y en axilares
N3c	: Metástasis en linfonodos supraclaviculares

M = Metástasis a distancia	
Mx	: No hay datos
M0	: Sin metástasis sistémicas demostrables
M1	: Metástasis sistémicas presentes
Es importante saber que esta nueva clasificación incorpora los Tmic y a la cadena mamaria interna dentro de N.	

Figuras 1 y 2. Clasificación TNM del cáncer de mama.

Sánchez R, Schneider E, Martínez G, Fonfach C. Cáncer de mama, modalidades terapéuticas y marcadores tumorales. 2008; 22: 55-63.

En función de la clasificación TNM, el cáncer de mama se agrupa por estadios (0- IV), los cuales guardan una enorme relación con el pronóstico de supervivencia en 5 años siendo estos de 95% (estadio I), 80% (estadio II), 60% (estadio III) y 25% (estadio IV). (4)

- Estadío 0: Carcinomas in situ.
- Estadío I: Tumores pequeños sin afectación metastásica.
- Estadío II: Tumores de 2 a 5 cm con afectación ganglionar axilar o no.
- Estadío III: Tumores loco regionalmente más avanzados, con afectación de ganglios axilares o piel y pared torácica.
- Estadío IV: Existe metástasis en otros órganos.

(5) (1)

Por otra parte, el **tratamiento** del cáncer de mama debe ser multidisciplinar centrándose en conseguir el máximo control de la enfermedad, garantizando la máxima supervivencia con la mínima mutilación y una limitada agresividad terapéutica. (6)

Su objetivo principal consiste en alcanzar el mayor grado de curación y el menor número de efectos adversos para la mujer, por ello se comienza con la cirugía conservadora; **tumorectomía** (extirpación del tumor sin márgenes sanos), **lumpectomía** (seextirpa además una zona amplia de tejido sano) o **cuadrantectomía** (escisión de un cuadrante de la mama, piel y fascia pectoral) y la biopsia únicamente del ganglio centinela, lo que reduce notablemente la aparición de linfedema. Esta opción se complementa usualmente con tratamiento adyuvante de **radioterapia o quimioterapia**, que reducen el

riesgo de recidivas y, por tanto, la mortalidad. Cuando aparece metástasis la quimioterapia se emplea para el alivio de los síntomas y como consecuencia para mejorar la calidad de vida de la mujer.

En estadíos más avanzados el procedimiento de elección es la **mastectomía**, dentro del cual existen varios tipos de menor a mayor agresividad según el grado de extirpación:

- Mastectomía subcutánea: conservación de piel, pezón y areola sin vaciamiento axilar
- Mastectomía simple: glándula mamaria y el tejido adiposo circundante.
- Mastectomía radical modificada tipo Madden: mama, fascia pectoral mayor, tejido celuloadiposo interpectoral y ganglios axilares.
- Mastectomía radical modificada tipo Patey: extirpación de todo lo anterior y el músculo pectoral menor.
- Mastectomía radical clásica tipo Halsted: mama, zona amplia de piel, ambos músculos pectorales, contenido celuloadiposo de la axila siguiendo el trayecto de la vena.
- Mastectomía radical ampliada tipo Urban: exéresis de todo lo anterior junto con los ganglios de la cadena mamaria interna

(7)

Otras opciones de tratamiento incluyen la **hormonoterapia**. Son medicamentos que actúan como antihormonas cuyo fin es evitar el crecimiento de células cancerosas. Este tratamiento es efectivo en un 50-60% de los casos en mujeres con tumores que tengan receptores hormonales positivos, de ahí la importancia de analizarlos en las biopsias. (6) En mujeres premenopáusicas se utilizan fármacos como el Tamoxifeno y en mujeres postmenopáusicas inhibidores de la aromataasa. Estos medicamentos producen al igual que la quimioterapia una serie de efectos adversos como son fatiga, cansancio, sofocos, sequedad vaginal, cambios de humor, dolores musculares y osteoporosis entre otros. (1)

La aparición de **tratamientos biológicos** con anticuerpos monoclonales para aquellos tumores HER2 positivos no solo ha mejorado mucho el pronóstico de las mujeres que lo padecen, sino que ha abierto un campo de investigación muy prometedor. Por otro lado, uno de los últimos avances en el tratamiento consiste en la aplicación de radioterapia intraoperatoria, técnica mediante la cual se consigue la irradiación directa y exclusiva del tejido mamario afectado. Puede ser realizado de manera externa o interna (braquiterapia) tras la extirpación quirúrgica, reduciendo el riesgo de radiación de estructuras y órganos cercanos, la toxicidad y, por tanto, la duración del tratamiento mejorando la calidad de vida de las mujeres. (1)

Asimismo, el diagnóstico de cáncer produce en la mujer un shock psicológico que va acompañado de la asimilación de información y de la toma rápida de decisiones, lo que provoca sentimientos de ansiedad, miedo, rabia, negación e incertidumbre. Además, tienen una sensación de culpabilidad debido a la preocupación por la desatención familiar (especialmente de hijos e hijas o pareja), unido a sentimientos de tristeza y desesperanza ya que casi todas las mujeres se plantean la posibilidad de muerte. (7)

Esto se traduce en un conjunto de respuestas cognitivas y conductuales mediante las cuales la mujer evaluará e interpretará la situación. Según como se asimile esta noticia pueden desencadenarse dos principales respuestas emocionales; entre un 15% y un 58% de las mujeres la perciben como una amenaza generando así una reacción de ansiedad, mientras que de un 24% a un 66% de ellas, valoran la situación como una pérdida (de salud, de esperanza de vida, de control) generando una reacción emocional depresiva. Aquellas con una mayor afectación de su imagen física presentan mayores niveles de ansiedad y depresión. Estas emociones afectan directamente a la calidad de vida, produciendo en las mujeres una falta de adhesión al tratamiento, alargamiento de las estancias hospitalarias, deterioro del autocuidado o incluso pueden llegar a provocar ideas suicidas. (8)

A partir del diagnóstico las mujeres sufrirán un desequilibrio en su forma de vida, ya que no solo se ve afectado su estado físico sino también su bienestar emocional, roles familiares, relaciones sociales y su participación o realización de ciertas actividades. La duración de esta enfermedad en todo su proceso es variable, dependiendo de la extensión de su fase de tratamiento y de la de supervivencia posterior, por lo que cuanto más se alarguen estas fases, más tiempo necesitará la mujer para recuperarse de las secuelas físicas y emocionales.

Cabe mencionar que este sufrimiento no solo está presente durante la fase de tratamiento de la enfermedad si no que, a partir del momento de superación de esta fase, las mujeres experimentan un sentimiento de abandono. Durante el tratamiento se sienten acompañadas en todo momento por su familia y amigos, y, además, cuentan con la vigilancia constante por parte de los profesionales, de tal forma que cuando pasan a otra fase de la enfermedad, esto desaparece, sintiendo miedo y dificultades a la hora de afrontar este nuevo cambio hacia la fase de supervivencia. Pueden desarrollar problemas a la hora de manifestar sus temores o su malestar físico y emocional por las secuelas anteriormente indicadas. (7)

Por tanto, la disciplina enfermera en todo su conjunto de capacidades y competencias es esencial para el acompañamiento y cuidados de estas mujeres, tanto en el momento de su diagnóstico clínico, como durante tratamiento, supervivencia, recidivas, metástasis o procesos terminales. De acuerdo con lo formulado por profesionales de la

salud “el mayor adelanto se ha hecho en el momento en que se pasó de tratar el cáncer de mama a tratar a una determinada paciente portadora de un determinado cáncer de mama: esto es, la individualización de la paciente y del tumor”. (6) Como enfermeras debemos ser capaces de identificar Diagnósticos de Enfermería y planificar cuidados de manera individualizada centrándonos en todos aquellos aspectos bio-psico-sociales que se vean amenazados, incorporando en dicha planificación a la familia y estableciendo prioridades a los problemas identificados. Para ello es imprescindible conocer las características propias de la enfermedad, sus repercusiones en la vida de las pacientes, en qué consiste la intervención quirúrgica, los tipos de tratamiento, los ingresos, el postoperatorio, los riesgos de sufrir complicaciones, el manejo del dolor y los grupos de apoyo disponibles. (7)

En líneas generales, las intervenciones enfermeras (NIC) contribuyen en su conjunto a la disminución de la ansiedad y/o depresión como al afrontamiento de la enfermedad. Gracias a esto, tanto el dolor como el resto de síntomas físicos se verán más controlados y las mujeres se sentirán con mayor fortaleza a la hora de tomar decisiones. Además, mejorarán su propio autocuidado y, por tanto, incrementarán su autoestima y la calidad de sus relaciones sociales y familiares. Igualmente, la enfermería debe de acompañar a la mujer en la adaptación al diagnóstico, ayudarla en la obtención de información, guiarla a la hora de identificar y diferenciar objetivos; animarla a describir los síntomas que esté experimentando, analizando su causa e instruyendo medidas para controlarlos; asegurarse de que recibe el tratamiento farmacológico correspondiente y colaborar con la paciente, familiares o cuidadores para seleccionar aquellas medidas no farmacológicas que más le ayuden. (7)

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Nos encontramos ante un problema de salud, pero también ante un problema social con importantes repercusiones a diferentes niveles que afectan a la sensibilidad individual, más aún cuando la mujer diagnosticada es un ser querido. Esta última afirmación y el hecho de tratarse de una enfermedad que afecta en su mayoría al sexo femenino dejaron clara cuál sería nuestra opción a la hora de realizar el trabajo, a pesar de que en nuestras prácticas clínicas no hayamos rotado por una unidad de hospitalización oncológica.

La posibilidad de que una mujer padezca cáncer de mama es muy elevada. Una de cada ocho mujeres a nuestro alrededor padecerá este cáncer a lo largo de su vida. Se trata de la primera causa de muerte por cáncer en mujeres lo que significa que es un verdadero problema de salud pública que merece no sólo dedicarle nuestro trabajo sino todo tipo de estudio, dedicación e investigación. (1)

Es mucha la evidencia existente acerca de los cuidados que se deben brindar a las mujeres que padecen esta enfermedad, por ello está entre nuestras metas la revisión y recopilación de documentación científica pertinente para la elaboración de un trabajo en el que se refleje el impacto emocional que supone afrontar un cáncer de mama. Asimismo, el hecho de haber podido escuchar experiencias de mujeres cercanas a nuestro entorno que superaron la enfermedad, nos animó a la elección de este trabajo. Sus testimonios coinciden en la falta de acompañamiento por parte de los profesionales sanitarios. Ésto nos llevó a querer profundizar en cómo las enfermeras pueden ayudar a estas mujeres y a sus familias en el afrontamiento psicológico de la enfermedad.

Nos encontramos ante un reto que se prolonga en el tiempo y al que la Enfermería debe seguir dando una respuesta adaptada de manera eficaz, integral y humanizada, mediante un proceso evolutivo de aprendizaje y mejora continua. ¿Existe una propuesta más adecuada que los cuidados de enfermería para acompañar a las mujeres que padecen cáncer de mama? Es responsabilidad de nuestra disciplina conseguir un nivel de excelencia, que según la teoría del cuidado humano de Jean Watson (9), garantice el cuidado holístico e individualizado para cada una de las mujeres, y así, conservar su dignidad no sólo durante todo el proceso de enfermedad, sino también y llegado el caso, en los últimos momentos de la vida.

Llegados a este punto, nos planteamos varios objetivos específicos dentro de un único objetivo general:

Analizar el impacto emocional en las mujeres con diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama.

- a. Determinar el impacto de los tratamientos por cáncer de mama sobre la autopercepción y el autoconcepto de la mujer.

- b. Identificar los cambios en la relación de pareja, familia y entorno social en las mujeres con cáncer mama.
- c. Determinar qué intervenciones enfermeras contribuyen a aliviar el sufrimiento durante la enfermedad.

MÉTODO

Para la realización de esta revisión de la literatura, redactamos la siguiente pregunta de investigación como punto de partida para la consulta de las principales bases de datos.

Tabla 1. Estructura de la pregunta PICO

(P) Población	(I) Intervenciones	(C)Comparaciones	(O)Resultados
Mujeres con Cáncer de Mama	Cuidados de Enfermería	-	Afrontamiento bio-psico-social

Una vez analizados cada uno de los componentes de nuestra pregunta de investigación PICO, se establecieron determinados criterios de selección que incluyesen únicamente artículos originales tanto cualitativos como cuantitativos, relacionados con el tema de interés, publicados en los últimos cinco años en inglés o en español. Se excluyeron artículos no originales y estudios sobre el cáncer de mama en hombres.

En la siguiente tabla aparecen reflejados los descriptores de lenguaje controlado DeCS, MeSH y Cinahl Headings, que se utilizaron para elaborar nuestras estrategias de búsqueda.

Tabla 2. Descriptores de lenguaje controlado

DeCS	MeSH	CINAHL SUBJECT HEADINGS
CÁNCER DE MAMA	Breast neoplasms	Breast neoplasms
MASTECTOMÍA	Mastectomy	Mastectomy
AFRONTAMIENTO	Adaptation Psychological	Adaptation Psychological
IMAGEN CORPORAL	Body image	Body image
QUIMIOTERAPIA	Drug therapy	Chemotherapy, cancer / Drug therapy
RADIOTERAPIA	Radiotherapy	Radiotherapy
CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Nursing care / Nurse	Nursing care

1. PUBMED

Pubmed es un buscador bibliográfico que permite el acceso a bases de datos bibliográficas compiladas por la NLM: MEDLINE, PreMEDLINE. Gracias a él podemos acceder a una gran cantidad de literatura biomédica de artículos o revistas entre otros. Para ello, hemos utilizado lenguaje controlado o términos MeSH, haciendo uso de los operadores booleanos AND y OR. Además, establecimos filtros de búsqueda según el idioma, el rango de años de antigüedad y mujeres.

Tabla 3. Estrategia de búsqueda en Pubmed

ESTRATEGIA	FILTROS	Nº ARTÍCULOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
((("Breast Neoplasms"[Mesh]) OR "Mastectomy"[Mesh]) AND "Body Image"[Mesh]) AND "Adaptation, Psychological"[Mesh]	2015-2021 Inglés Español Female	28	7
((("Breast Neoplasms"[Mesh]) AND "Drug Therapy"[Mesh]) AND "Adaptation, Psychological"[Mesh]	2015-2021 Inglés Español Female	13	6
((("Breast Neoplasms"[Mesh]) AND "Drug Therapy"[Mesh]) OR "Radiotherapy"[Mesh]) AND ("Nursing Care"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh])	2015-2021 Inglés Español Female	23	4
((("Breast Neoplasms"[Mesh]) AND "Adaptation, Psychological"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]	2015-2021 Inglés Español Female	5	2

2. CINAHL

Gracias esta base de datos podemos acceder a información de interés relacionada con temas de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional entre otras. Carece de búsqueda mediante términos MeSH pero permite buscar mediante lenguaje controlado o CinahlSubject Headings así como con palabras clave que aparecen a modo de sugerencia en la barra de búsqueda, de tal manera que haciendo uso de estos y del operador booleano AND obtuvimos las siguientes estrategias.

Tabla 4. Estrategia de búsqueda en Cinahl

ESTRATEGIA	FILTROS	Nº ARTÍCULOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
(Breast neoplasm or breast cancer or breast tumor) AND (nurse or nurses or nursing) AND adaptation psychological	2015-2020 Inglés Español Female	19	5
(Breast neoplasm or breast cancer or breast tumor) AND (nurse or nurses or nursing) AND mastectomy AND body image	2015-2020 Inglés Español Female	11	4
Chemotherapy AND Radiotherapy AND (Breast neoplasm or breast cancer or breast tumor AND (nurse or nurses or nursing)	2015-2020 Inglés Español Female	23	5

3. CUIDEN

CUIDEN es una Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre Cuidados de Salud en el espacio científico Iberoamericano. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y otros documentos, incluso materiales no publicados. Para construir nuestras estrategias hemos utilizado lenguaje libre, localizando previamente las “palabras clave” en el localizador y haciendo uso de los operador booleano AND y OR. Además, en esta base de datos es necesario incluir el idioma como parte de la estrategia en lugar de como filtro, seleccionando la opción “idioma” en lugar de palabra clave.

Tabla 5. Estrategia de búsqueda en Cuiden

ESTRATEGIA	FILTROS	Nº ARTÍCULOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
[cla= cáncer de mama] and [cla= cuidados de enfermería] and [idi= español] or [idi= inglés]	2015-2021	10	3
[cla= mastectomía] and [cla= cuidados de enfermería] and [idi= español] or [idi= inglés]	*2012-2021	9	3

*En esta última estrategia observamos que, restringiendo la búsqueda a 5 años, excluíamos algunos artículos de interés por lo que decidimos ampliarla al menos hasta 2012 (9 años).

4. DIALNET

Esta base de datos es una herramienta bibliográfica que recoge literatura hispana en el ámbito de las ciencias humanas, jurídicas y sociales. Podemos encontrar artículos de revista, libros, artículos de libros y tesis doctorales entre otros. Carece de lenguaje controlado, así como de operadores booleanos, por lo que decidimos unir aquellas palabras clave relacionadas con nuestra pregunta de investigación en la barra de búsqueda. Nos resultó difícil dar con las “estrategias” adecuadas con las que nos saliese un número aceptable de resultados por lo que éstas se formularon de una forma más general de lo que se hizo en otras bases de datos.

Tabla 6. Estrategia de búsqueda en Dialnet

ESTRATEGIA	FILTROS	Nº ARTÍCULOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
Cáncer de mama + intervenciones enfermeras	2015-2021 Español Inglés Artículo de revista	7	2
Cáncer de mama + tratamiento + enfermería	2015-2021 Español Inglés Artículo de revista	25	6
Cáncer de mama + cambios sociales	2015-2021 Español Inglés Artículo de revista	16	5

5. SCIELO

Scielo es una biblioteca virtual formada por una colección española de revistas de salud españolas. Para buscar en ella hicimos uso del lenguaje libre en inglés, ya que en español encontrábamos muchos menos resultados. Unimos los términos mediante el operador booleano AND construyendo las siguientes estrategias.

Tabla 7. Estrategia de búsqueda en Scielo

ESTRATEGIA	FILTROS	Nº ARTÍCULOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
(breast cancer) AND (adaptation) AND (nursing)	2011-2021* Español Inglés	3	1
(mastectomy) AND (nursing)	2011-2021* Español Inglés	10	5
(breast cancer) AND (treatment) AND (nursing)	2016-2021 Español Inglés	22	6

*En esta estrategia observamos que, restringiendo la búsqueda a 5 años, excluíamos algunos artículos de interés por lo que decidimos ampliarla al menos hasta 2011 (10 años).

6. SCOPUS

Scopus es una base de datos bibliográfica perteneciente a Elsevier. En ella podemos encontrar resúmenes y artículos de revistas científicas. Para realizar nuestras estrategias hemos seleccionado la opción KEYWORDS que según la definición incluye todas las opciones (author key, index terms, tradename, manufacturer). De esta manera unimos nuestras palabras clave con el operador booleano AND. Solo nos aparecían resultados en inglés por lo que no se añadió el filtro de idioma: español.

Tabla 8. Estrategia de búsqueda en Scopus

ESTRATEGIA	FILTROS	Nº ARTÍCULOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
KEY (breast AND cancer) AND KEY (treatment) AND KEY (nursing)	2016-2021 Inglés Nursing	18	4
KEY (breast AND cancer) AND KEY (drug AND therapy) AND KEY (radiotherapy) AND KEY (nursing)	2014-2021* Inglés Nursing	2	0
KEY (breast AND cancer) AND KEY (nursing) AND KEY (adaptation)	2015-2021* Inglés Nursing	16	3

*En estas dos estrategias observamos que, restringiendo la búsqueda a 5 años, excluíamos algunos artículos de mucho interés y relevancia, por lo que se decidió ampliar el límite temporal a 7 años de antigüedad.

En el siguiente diagrama de flujo aparece reflejado el proceso mediante el cual se ha llevado a cabo la selección de artículos. Partiendo de los artículos iniciales totales resultantes en cada estrategia de cada base, se procedió a su selección atendiendo a título, resumen y contenido, quedando así unos artículos finales seleccionados por cada estrategia. Finalmente se computó el número de artículos seleccionados y desechados entre todas las estrategias y bases de datos obteniendo 72 artículos finales de los 260 iniciales, siendo desechados 188 artículos.

Nos encontramos con que 72 era un número muy elevado de artículos, por lo que se decidió realizar una cuarta lectura en profundidad atendiendo a los contenidos que mejor se ciñesen a nuestros objetivos específicos. Finalmente 22 artículos fueron seleccionados de acuerdo a su interés y pertinencia con los objetivos de este trabajo.

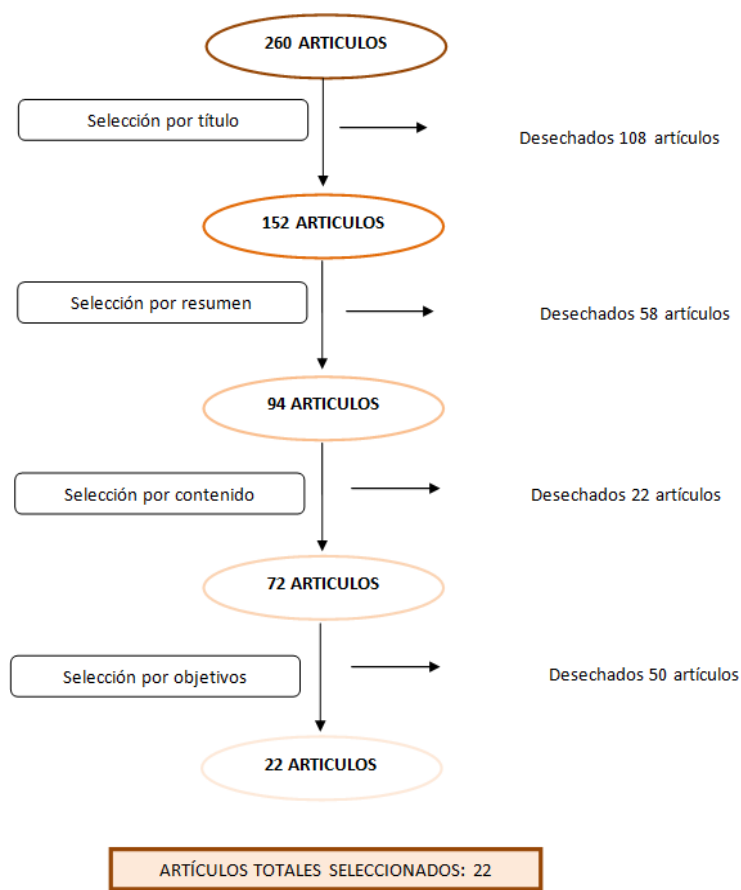


Figura 3. Diagrama de flujo

RESULTADOS

A continuación, se reflejan en la siguiente tabla el número final de artículos seleccionados en cada base de datos:

Tabla 9. Artículos seleccionados en cada base de datos

BASES DE DATOS	Nº ARTÍCULOS TOTALES	Nº ARTÍCULOS SELECCIONADOS
PUBMED	69	7
CINAHL	53	4
CUIDEN	19	2
DIALNET	48	5
SCIELO	35	2
SCOPUS	36	2
TOTAL	260	22

De acuerdo al paradigma de investigación de los trabajos: 9 eran cualitativos, 5 cuantitativos, 3 diseños documentales (revisiones narrativas) y 5 eran mixtos.

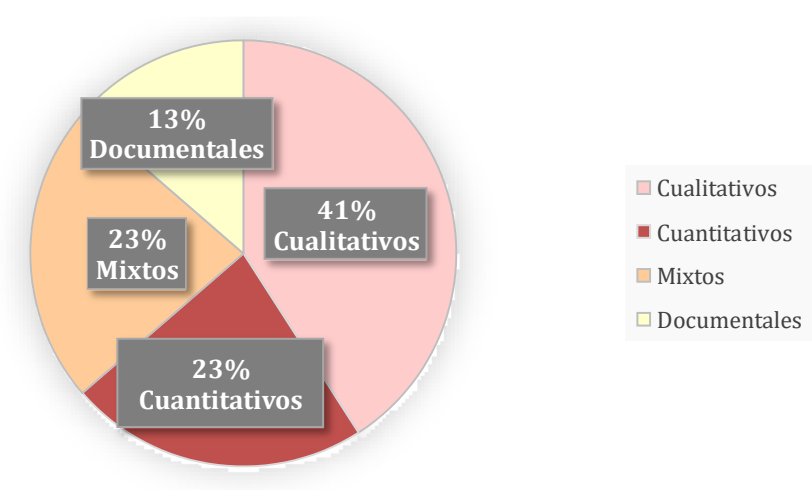


Figura 4. Clasificación según tipos de estudio

Atendiendo al diseño de los estudios:

- Estudios cuantitativos : 3 analíticos (casos y controles) y 1 descriptivo
- Estudios cualitativos: únicamente se especifican 2 estudios fenomenológicos
- Diseños documentales: 3 revisiones narrativas
- Estudios mixtos: 5 artículos han sido realizados mezclando métodos de ambos paradigmas (cualitativo y cuantitativo)

En función del lugar de procedencia de los estudios seleccionados:

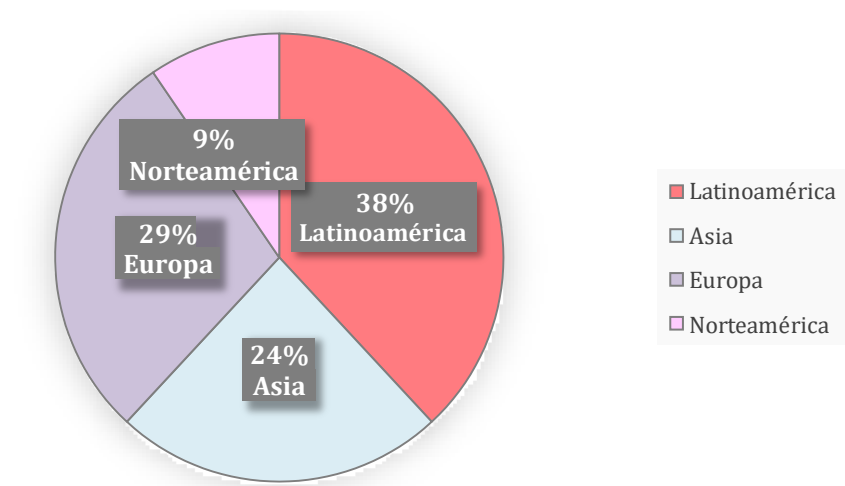


Figura 5. Clasificación según procedencia

A continuación, se exponen los resultados de los estudios, atendiendo a los objetivos específicos descritos y agrupados por las siguientes líneas de análisis:

Determinar el impacto de los tratamientos por cáncer de mama sobre la autopercepción y autoconcepto de la mujer.

Nuestro primer objetivo es determinar cómo afecta a la autopercepción de la mujer los cambios físicos producidos por el tratamiento del cáncer de mama.

Comenzando por conocer los cambios que experimentan estas mujeres encontramos que la experiencia del tratamiento es variable para cada mujer, ya que se ven afectados varios aspectos. Según Belber- Gómez et al. (10) las cuatro áreas afectadas en las mujeres con cáncer de mama son: la cercanía de la propia muerte, la redefinición del “yo”, la vivencia continúa en incertidumbre y los cambios en los vínculos de apego. Estas dicen sentirse como un “cuadro abstracto” en cuanto a su imagen corporal e incluso se refieren a la operación como una “mutilación”. En el estudio de Rocha et al. (11) también se hace referencia al sentimiento de mutilación, además de otros como la tristeza y la inferioridad, aunque finalmente consiguieron verse a sí mismas como unas luchadoras.

Continuando con el estudio de Belber- Gómez et al. (10) los cambios físicos que más les afectaron fueron la alopecia, el aumento/pérdida de peso o las quemaduras en la zona irradiada. Además, tuvieron dificultades a la hora de mirarse por primera vez tras la cirugía, experimentando una mezcla de sentimientos positivos y negativos tal y como afirma O’Mahony et al. (12).

Independientemente de la edad, todas las mujeres suelen experimentar los mismos síntomas (fatiga, náuseas, retención de líquido, alteraciones en el brazo, heridas abiertas o

falta de apetito) aunque según el estudio de Van Ee et al. (13) a las mujeres de edades avanzadas se le añaden los síntomas de otras enfermedades propias de la edad aumentando su comorbilidad. También sufren alteraciones en el aspecto físico, que como dicen los autores, por el hecho de ser personas mayores no implica que se les deje de prestar atención.

Todos estos cambios físicos que experimentan las mujeres durante el tratamiento pueden llevar al aislamiento social y evitar el contacto con los demás. Otro de los síntomas más discapacitantes es la fatiga, acompañada de un sentimiento de pérdida de independencia e intimidad. Entre los hallazgos de Levkovich et al. (14) se observó, que los patrones de aparición de ésta variaban según las mujeres, apareciendo en algunas de manera intensa y continua, mientras que en otras aparecía y desaparecía repentinamente. Se encontró que las mujeres más mayores experimentan menores niveles de fatiga que las jóvenes, debido a la diferencia de estilos de vida (las mayores no tenían tantas “obligaciones”). Las estrategias de afrontamiento también variaban; algunas decidían afrontar las actividades esenciales mientras que otras aprendieron a no luchar contra esta.

Temür et al. (15) analizaron el impacto de un programa para el automanejo del linfedema mediante un estudio exploratorio de casos y controles. Para ello, comparó dos grupos, uno intervención y otro control, de tal forma que en el grupo intervención incluyó una fase de educación sobre el linfedema e introdujo una serie de ejercicios específicos, así como una fase de monitorización o seguimiento de las mujeres. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la salud general, percepción, función física, función de rol, función emocional, función cognitiva y social de los dos grupos, así como una mejor calidad de vida marcada por una disminución de los síntomas además de mejorar la autopercepción y las expectativas de futuro en el grupo intervención.

Todos los síntomas a los que se ha hecho referencia anteriormente implican la aparición de ciertas consecuencias en su esfera psicosocial como son la falta de confianza, baja autoestima y alteraciones en su sexualidad (16). Haciendo alusión a esta última; la sexualidad se trata como un tema tabú en el que las mujeres sienten desinformación sobre cómo influye en su deseo sexual o en la respuesta de excitación (10). Todos los artículos leídos confluyen en que su vida sexual se vio afectada incluso más que la imagen corporal ya que éstas, como afirma Rocha et al. (11), sentían vergüenza, falta de deseo o falta de sensibilidad en el pezón llegando incluso a esconder su herida para que no la viesen sus parejas.

Otro tema que aflora en algunos de los artículos es la atención prestada desde los sistemas sanitarios. En el estudio de Belber- Gómez et al. (10) se concreta que las mujeres se sintieron bien atendidas por el personal sanitario, estableciendo un vínculo emocional. Sin embargo, comentaron que existía una falta de información acerca de los aspectos

prácticos y del cuidado personal, una sensación de pérdida de la intimidad, de despersonalización y de ser un número de historia clínica más durante la hospitalización (10). Del mismo modo, las mujeres entrevistadas en el estudio de O'Mahony et al. (12) afirmaron que les gustaría haber recibido más información por parte de los profesionales antes de la mastectomía, involucrando también a sus parejas.

Los efectos secundarios del tratamiento del cáncer de mama afectan a la esfera física, bienestar emocional y al día a día. Jacobs et al. (17) encontró que entre los factores relacionados con la adherencia a la terapia adyuvante endocrina destacan: la duda de su efectividad ante la ausencia de cambios objetivos y la gran cantidad de efectos secundarios, así como, la difícil gestión de los cambios en el humor. Aunque las mujeres mantuvieron conversaciones con los profesionales de salud, echaron de menos estrategias específicas para lidiar con ellos. Todas estaban de acuerdo en que les gustaría formar parte de una intervención de carácter psicosocial, en la que se incluyera a otros pacientes que hubieran recibido o estén actualmente recibiendo el tratamiento y así, poder compartir la experiencia. Por tanto, se puede apreciar que las mujeres sentían la necesidad de apoyo psicológico, de comprensión y de comunicación por parte de otras mujeres con las mismas experiencias y de los profesionales sanitarios (16).

Barros de Souza et al. (18) hacen referencia a que la situación de pandemia actual acentúa y agrava los síntomas produciendo mayores niveles de ansiedad, tristeza, incertidumbre y miedo al contagio, así como un incremento de los trastornos psicológicos. Algunas refirieron miedo a salir de sus hogares para acudir al tratamiento, ganas de abandonarlo o miedo a no poder completarlo, si bien es cierto que la COVID-19 puede llevar a una omisión de la atención por parte de los profesionales. Asimismo, los autores resaltan la labor de algunas enfermeras brasileñas, quienes durante la pandemia proporcionaron asistencia y seguimiento online lo cual resultó ser beneficioso para las mujeres con cáncer de mama, ofreciendo un espacio donde expresar sus sentimientos y resolver dudas.

Por último, analizando los testimonios de las mujeres del estudio de Rodríguez-Reinado et al. (19) cuyo objetivo era analizar las vivencias de las mujeres respecto a las alteraciones de su cuerpo durante el tratamiento, así como, la comprensión de las estrategias de reconfiguración llevadas a cabo, las mujeres entrevistadas revelaron la importancia de estas últimas y la relación que guardan con su entorno social. La mayoría hicieron alusión a los pechos y al cabello, en representación a la sexualidad y a la feminidad (solo una citó la maternidad). Por esto, los autores mencionan que la falta de concordancia entre la autopercepción y los estándares ideales es lo que provoca que la imagen corporal se convierta en un fruto de insatisfacción y ansiedad. Se describió, además, que muchas de las mujeres optaron por la mastectomía radical (siempre y cuando se les

proponga como una opción) por tener una sensación de más tranquilidad y disminuir posibilidades de que el tumor se reproduzca, optando posteriormente por una reconstrucción, siendo esta última, una decisión totalmente voluntaria tras la que algunas revelaron no llegar a sentir ese pecho como propio. Una de las mujeres narra la presión recibida por el entorno, tanto, que este influye en la decisión de someterse a ella. Esto es compartido por O 'Mahony et al. (12) en su estudio, en el que las mujeres afirmaron que la visión de otros les afecta más que sus propios deseos y necesidades, cambiando incluso su forma de vestir.

Identificar los cambios en la relación de pareja, familia y entorno social en las mujeres con cáncer de mama.

Nuestro segundo objetivo es identificar los cambios en la relación de pareja, familia y entorno social en las mujeres con cáncer mama. Tras la lectura de los artículos correspondientes a este objetivo, Toshiaki Borges Yoshimochi et al. (20) en su estudio, concluyen que el compañero es considerado un miembro especial en la familia. Las parejas de estas mujeres afirman, que el momento de recibir la noticia del diagnóstico causó gran sufrimiento y desestabilización emocional, situándose frente a una pérdida inminente de los proyectos de vida en común; aunque demostraron la capacidad de reaccionar y motivar a su mujer. Los cuidadores como bien refleja Moreno - González et al (21). se convierten de manera súbita, sin intención y sin preparación en el apoyo fundamental de la mujer con cáncer de mama, lo que les genera mucha ansiedad. El hecho de no contar con una capacitación y no tener una idea clara del proceso de la enfermedad y de lo que tienen que hacer, les genera impotencia además de verse en la obligación de suplir los roles de la mujer al mismo tiempo que los suyos propios, pudiendo quedar sobrecargados. Además, estos se ven en la necesidad de mostrarse impermeables a los sentimientos negativos sin expresar cómo se sentían para proteger a sus mujeres como indican Do Prado (22) y Toshiaki Borges Yoshimochi et al. (20) en sus respectivos estudios. Este último observó que las parejas de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que tuvieron la oportunidad de recibir un asesoramiento psicoeducativo mejoraron su comunicación, brindaron un mejor apoyo emocional y mostraron una mayor calidad en los cuidados. Respecto a la intimidad conyugal, los compañeros afirman que el tratamiento tuvo consecuencias en la intimidad de la pareja y, por tanto, queda reflejada la necesidad de hablar libremente sobre este tema pues no solo afecta a la libido de la mujer, sino que también puede desencadenar síntomas depresivos que perjudiquen la adhesión al tratamiento. La mayoría de las mujeres sintieron el apoyo por parte de la pareja, a la par que sintieron preocupación por qué pensarían de su cuerpo (12) de modo que, en lo referente a su sexualidad, se identificaron sentimientos de temor y miedo, generándose inseguridad en su vida íntima. Siguiendo la

línea acerca de cómo afecta la nueva apariencia de la mujer a la relación con su pareja Ayla Gürsoy et al. (23) observó diferentes experiencias entre los participantes de su estudio. Algunos de ellos afirmaron que experimentaron un cambio positivo en la relación con su pareja haciéndose ésta más sólida y fuerte, mientras que otros refirieron lo contrario. Esto se analizó y se concluyó que dependía de lo que simboliza para un hombre una mama. Si significa fertilidad, sexualidad y feminidad entonces la pérdida les afecta más. Profundizando en su experiencia, la mayoría de los participantes a pesar de las primeras impresiones, le dieron más importancia a la salud de su pareja que a su apariencia, refiriéndose también a la alopecia (para aquellos hombres cuyas mujeres llevaban Hiyabs esto supuso menos impacto).

Ver por primera vez a su mujer sin seno tras la mastectomía, junto con las heridas y las secuelas como Moreno - González et al (24). refleja, supuso un gran impacto para los cuidadores. Sin embargo, manifiestan que la carencia del seno no supuso un déficit en la percepción de su feminidad o su atractivo. Lo mismo ocurre con la quimioterapia pues afecta de manera importante al estado general de la mujer. Es decir, el amor de pareja, la comprensión del proceso salud- enfermedad, el respeto y el compromiso se manifiestan como primordiales quedando en segundo plano los cambios físicos (16).

Por otro lado, los cuidadores no dimensionan la importancia de su función, pero como afirma Moreno -González (21) et al. es importante reconocerla y promover su participación en el cuidado de la mujer y en el propio, sin olvidarnos de sus sentimientos. Las estrategias de afrontamiento que más les ayudaron fueron la espiritualidad, tener esperanza y ser positivo, además de contar con el apoyo social al que hacen referencia: familia, amigos y sistemas de salud (se evidencia una falta de apoyo social por parte de las instituciones asistenciales).

Para terminar, ser cuidador implica tener conocimiento sobre la enfermedad, cuidado técnico y dar apoyo emocional. Por tanto, y según Moreno - González et al (24). estos hallazgos reflejan la necesidad de intervenciones de enfermería basadas en las experiencias de los enfermos y cuidadores, con un seguimiento en cada fase de su enfermedad, aportando información clara y oportuna.

Determinar qué intervenciones enfermeras contribuyen a aliviar el sufrimiento durante la enfermedad.

Tras la lectura del artículo de Klungrit et al. (25) en el que se exploraron las necesidades de cuidado de las mujeres tailandesas con cáncer de mama que recibieron quimioterapia, se identificaron 4 grupos: la necesidad de bienestar físico y sentimiento de seguridad producido por los efectos secundarios del tratamiento, la necesidad de

motivación, comprensión y ayuda para gestionar las emociones emergentes durante el tratamiento, la necesidad de ayuda financiera para los costes extra pues mostraron preocupación por la inestabilidad económica que la enfermedad produce y, por último, la necesidad de información específica de médicos y enfermeras para comprender lo que les ocurre, consejos útiles, así como información sobre alternativas de tratamiento.

Respondiendo a nuestro último objetivo de determinar qué intervenciones enfermeras son las que mejor contribuyen al alivio del sufrimiento durante todas las fases que atraviesan las mujeres con cáncer de mama, en este mismo estudio Klungrit et al. (25) sugieren ciertas estrategias de cuidado como la de proporcionar información suficiente mediante educación proactiva, la facilitación de opciones financieras, y el seguimiento y apoyo de las necesidades emocionales. Para ello, las enfermeras, deben establecer metas y objetivos que mejor se adapten a las necesidades de estas mujeres. Un ejemplo de intervención sería el seguimiento telefónico.

Profundizando en intervenciones específicas, Park et al. (26) realizaron un estudio cuyo objetivo consistió en identificar y comparar los efectos psicosociales sobre un grupo de mujeres que recibió una breve sesión de educación en cosmética en los primeros días después de la mastectomía, frente a aquellas que no la recibieron. Para ello, estudió algunas variables psicológicas como son el espíritu de lucha, la autoestima, la imagen corporal, la satisfacción sexual, los estilos de afrontamiento o la ansiedad y la depresión en ambos grupos. Concluyó que, en los dos, el espíritu de lucha estaba presente en el período inmediato tras la mastectomía, pero que desaparece un mes después. Respecto a la autoestima no se obtuvieron mejores efectos sobre ésta en el grupo intervención y, además, se sugiere que la idea de incluir a las parejas en estos programas ayudaría a las mujeres a potenciar su autoestima ya que ésta no sólo depende del valor atribuido a una misma sino también de factores externos de su entorno, como el soporte familiar o de la pareja. En cuanto a la imagen corporal, el grupo de mujeres que recibió la sesión no mostró mejoría según los autores porque al principio están centradas en sobrevivir y, no tanto, en su apariencia. Sin embargo, estas mujeres sí mostraron una mayor satisfacción sexual. Además, se observó que, estilos de afrontamiento positivos como el espíritu de lucha están relacionados negativamente con la ansiedad y la depresión, y que los estilos pasivos como la desesperanza están directamente relacionados con la disminución de la autoestima, de la percepción de apoyo y de la satisfacción sexual. Los autores mismos, mencionaron sorprenderse con algunos resultados como por ejemplo la autoestima, pero reconocen que pueden deberse a que el estudio se basó en una única sesión mientras que en otros realizados con anterioridad se llevó a cabo un estudio de múltiples sesiones. Finalmente, y dado que éstos afirman que su estudio fue el primero en analizar el efecto de esta intervención sobre tantas variables, sugieren la necesidad de seguir evaluando los beneficios del programa y sus resultados, así como de continuar introduciendo

intervenciones específicas dirigidas al abordaje de las variables mencionadas en futuros programas de educación cosmética.

También relacionado con la experiencia postquirúrgica de las mujeres, Wyona et al. (27), estudiaron cómo prepararlas para la primera vez que se mirasen en el espejo tras la mastectomía, así como la manera de brindarles el soporte emocional y la información necesarias para ello. Las autoras afirman que la forma en la que una mujer se mira en el espejo se ve muy influenciada por la imagen anticipada que espera tener de sí misma, así como ella cree que la ven las demás personas de su entorno. Por ello, recalcan que es imprescindible ofrecer una descripción detallada de la apariencia que puede tener el lugar de la incisión (que elimine imágenes anticipadas erróneas) así como ayudarles a normalizar todas las emociones que puedan experimentar. El hecho de incluir a seres queridos en esta intervención tanto durante la experiencia prequirúrgica como en la postquirúrgica también podría ser de ayuda. Además, es importante educar a las mujeres sobre los cuidados del lugar de incisión y ofrecerles información sobre la opción de reconstrucción de la mama si estas la demandan. Tras el estudio, se descubrió que el 50% de las mujeres preferían estar solas la primera vez que se veían tras la operación, siendo importante preguntar si prefieren estar solas o acompañadas en esta experiencia. Además, el grupo de mujeres mostró deseo de hablar y compartir esta experiencia con los profesionales a lo largo de varias semanas tras la operación.

Leal Torrealba et al. (28) realizaron una revisión para conocer qué intervenciones enfermeras se llevaron a cabo en otros estudios relacionados con el afrontamiento del cáncer de mama, y se encontraron tres tipos de intervención de carácter psicológico (NIC):

La intervención psicoeducativa fue realizada en un 70% de los casos y demostró ser beneficiosa en la reducción del estrés, el dolor y la fatiga. La psicoterapia, realizada en un 17% mediante programas ofrecidos por enfermeras y otros profesionales de salud, ofreció resultados positivos en el Plan de Cuidados. Finalmente, también se realizaron terapias cognitivo-conductuales en un 23% tras las cuales se obtienen resultados positivos como una mejora del sueño, de la depresión y de la ansiedad.

También se observó que en el 100% de los estudios incluidos en la revisión, la actividad predominante fue aumentar el afrontamiento; seguido del asesoramiento y la educación sobre el tratamiento y el proceso de enfermedad presentes en un 80%. Otras intervenciones llevadas a cabo fueron la potenciación de la autoestima en un 70%, el aumento de los sistemas de apoyo en un 40% y el fomento de la implicación familiar en un 17% de los estudios.

Uno de los ámbitos en los que también se ha demostrado que la enfermería debe involucrarse, es en los cuidados relacionados con la movilidad y la actividad física. La

actividad física, la respiración abdominal y los ejercicios post-mastectomía contribuyen a la mejora de la fatiga, la calidad de vida y a evitar el edema linfático (28).

En el estudio de Husebo et al. (29) las mujeres entrevistadas afirmaron que el ejercicio, y en concreto pasear al aire libre, les ayuda a conectar con la naturaleza, a incrementar sus niveles de energía y a eliminar los pensamientos negativos. Además, supone una fuente de distracción que les evade de la enfermedad y mejora su bienestar social si se realiza en compañía. Para ellas significa sentir que hacen algo de manera activa para luchar contra la enfermedad, lo que les ayuda a creer más en la posibilidad de sobrevivir.

Por último y no menos importante, Pereira Mendes et al. (30), estudiaron las expectativas de las mujeres mastectomizadas en relación con la asistencia enfermera, así como su percepción tras ella. Respecto a las expectativas se concluyó que las enfermeras de instituciones especializadas en el cuidado oncológico satisfacen mejor las necesidades de la persona, que van más allá del cuidado físico de la enfermedad en contraste con las de la no especializada o generalistas que se centran en la esfera física. En cuanto a la percepción de estas mujeres, la atención en especializada fue mucho más individualizada e integral, mientras que en las instituciones no especializadas se les ofreció una atención más centrada en la técnica e incompleta, ya que las enfermeras tenían que atender al resto de pacientes con otras patologías. Finalmente, las autoras concluyen que la atención desde un servicio especializado o no, interfiere en la probabilidad de supervivencia de las mujeres con cáncer de mama, defendiendo así la especialización de enfermería oncológica.

Paralelo a este estudio, Capllonch Teba (31) describe que la incorporación de enfermeras en el servicio de Oncología resulta ser una muestra de evolución asistencial, haciendo el autor hincapié en su especialización en este ámbito para proporcionar unos cuidados de soporte basados en guías de práctica clínica que vayan más allá del cuidado directo y que favorezcan la participación de la mujer en su autocuidado y gestión emocional.

DISCUSIÓN

El cáncer es una enfermedad de la que cuesta hablar sin caer en los estigmas y tabús que la propia palabra tiene arraigados. Aunque hoy en día no es sinónimo de muerte, el hecho de sufrir la enfermedad sigue generando miedo y rechazo a la hora de hablar de ella.

Como hemos podido apreciar, la experiencia de atravesar un cáncer de mama varía en función de diferentes factores. La situación de cada mujer está condicionada por su edad, su capacidad de afrontamiento, el tratamiento realizado, el nivel socioeconómico, el apoyo social o el acceso al sistema sanitario entre otros. De modo que afrontar esta enfermedad es una experiencia totalmente individual y personal, ante la cual, los profesionales enfermeros junto con otros profesionales de salud debe tener la capacidad de respuesta necesaria en cada momento. Para ello, es imprescindible conocer en profundidad todas las esferas afectadas en estas mujeres.

En primer lugar, nos encontramos con que padecer cáncer de mama supone afrontar una serie de **cambios físicos** provocados por el tratamiento, que como afirmó Belber- Gómez et al. (10) conducen a una redefinición del “yo”. Es inevitable que cambios tan drásticos para una mujer como es la pérdida del pecho, la alopecia, náuseas, fatiga, pérdida o aumento de peso, alteraciones cutáneas o la insensibilidad del pezón entre otros, sean la causa de las **alteraciones psicológicas** que aparecen, entre las que destacan la pérdida de la autoestima, confianza, miedo a mirarse al espejo o alteraciones en su vida sexual, como bien queda reflejado en los testimonios de las mujeres. Respecto al concepto de feminidad, la mayoría de éstas hacen alusión al cabello y a los pechos, llegando a referirse a la mastectomía como una “mutilación” (11) (10), de tal manera que se produce una falta de concordancia entre la autopercepción de estas mujeres y los estándares ideales de belleza y feminidad (19). Hay coincidencia en que éstas afirman haber cambiado su manera de vestir, haberse sometido a una reconstrucción o esconder sus heridas ante sus parejas, por vergüenza y miedo a no satisfacer la imagen que otros esperan tener de ellas. Por tanto, analizando el entorno social como factor influyente sobre la autopercepción y el autoconcepto de estas mujeres, consideramos fundamental avanzar en el cambio de los estándares de belleza del cuerpo femenino que la sociedad tiene establecidos ya que la carencia de seno o pelo siguen estando poco aceptados. Esto podría conseguirse, por ejemplo, mediante la participación de estas mujeres en campañas publicitarias de ropa o maquillaje.

Además, y en relación con la mejora de la autopercepción de las mujeres, nos gustaría hacer referencia a la introducción de la técnica de micropigmentación del pezón y de la aréola. Este tratamiento cuenta con un buen perfil de seguridad, siendo una técnica sencilla a realizar por enfermeros bajo anestesia local y sin precisar ingreso hospitalario. Al ser un procedimiento relativamente nuevo aún no se ha desarrollado al máximo en los

hospitales de nuestro país, si bien es cierto que se han demostrado resultados positivos y mejoras en la calidad de vida de las mujeres gracias a una mayor confianza, autoestima y relación con su entorno. (32)

También se ha estudiado el impacto del maquillaje en la esfera psicológica de las mujeres. Según investigaron Ikeuchi et al. (33), este tiene efectos positivos en el cerebro de las personas deprimidas activando el lóbulo frontal. Asimismo, y habiendo analizado los resultados del estudio de Park et al. (26), concluimos la necesidad de desarrollar programas de educación cosmética sostenidas a lo largo del tiempo, gracias a los cuales se consiga mantener el espíritu de lucha durante todo el proceso, y mejorar la autoestima, la imagen corporal, la satisfacción sexual y los estilos de afrontamiento de las mujeres.

Además, subrayamos gracias al estudio de Wyona et al. (27) que, en las intervenciones dirigidas hacia la mejora del autoconcepto y la autopercepción, la experiencia de verse frente al espejo tras la cirugía no debe ser olvidada, ya que esta supone un gran impacto emocional para las mujeres. Debemos ofrecerles un espacio para compartir y normalizar sus sentimientos y emociones, anticipándoles los cambios físicos con el fin de eliminar imágenes erróneas acerca de su imagen corporal y teniendo en cuenta su deseo sobre cómo quieren que sea esa primera experiencia al verse en el espejo y si prefieren vivirla acompañadas.

Finalizando con los cambios secundarios al tratamiento, las mujeres además hacen especial alusión a la fatiga como uno de los síntomas principales, a pesar de que cada una de ellas desarrolla diferentes formas de afrontarla. Éste se considera un síntoma incapacitante pues provoca la pérdida de independencia lo que supone una delegación de sus actividades a otros miembros, siendo aquí donde entra en juego el apoyo familiar. Queremos resaltar la importancia que le dan las mujeres a normalizar su enfermedad y, por tanto los síntomas propios de ésta. La astenia afecta a la calidad de vida de las mujeres que padecen cáncer de mama, produciéndoles cambios en el estado de ánimo. Éstas coinciden en el deseo de que su círculo más cercano las comprenda, sientan empatía y por consiguiente, no se sientan “obligadas” a mostrarse contentas o animadas de cara a los demás cuando su estado de ánimo no se lo permite.

Por último, en la misma línea, queremos destacar y prestar especial atención a aquellas mujeres de mayor edad con otras enfermedades concomitantes en ellas mismas o en sus parejas. A menudo, deben de hacer frente a las condiciones de salud de sus parejas a expensas del no afrontamiento de su duelo. Estas mujeres como bien refleja Van Ee et al. (13) sufren también los cambios físicos propios de la enfermedad y por ello, debemos subrayar que el simple hecho de ser mayores no significa que sea motivo para permitir que sean olvidadas.

Por otro lado, debemos hacer referencia a la prolija evidencia científica existente acerca de las **intervenciones enfermeras** a realizar sobre la **esfera psicológica y emocional** en mujeres que padecen cáncer de mama. Para brindar los mejores cuidados de manera holística e individualizada vemos esencial conocer al completo sus necesidades. Como bien hemos hecho referencia y extrayendo conclusiones del artículo de Klungrit et al.(25), en una mujer con cáncer de mama debemos tener en cuenta tanto la esfera física como la social y emocional. De esta forma, podremos guiar nuestros cuidados hacia la reducción del sufrimiento causado por los síntomas físicos secundarios al tratamiento y la alteración del bienestar psicosocial. Para ello, las enfermeras deben establecer metas y objetivos que mejor se adapten a las necesidades de estas mujeres.

Klungrit et al. (25) reclama el seguimiento y apoyo de las necesidades emocionales, lo cual es apoyado por Torrealba et. al (28) en su estudio sobre las intervenciones psicológicas realizadas por enfermeras y otros profesionales de salud. Tras los resultados positivos que obtuvo, y según el tipo de intervención psicológica, se observó una reducción del estrés, la fatiga, el dolor y una mejora del sueño, la depresión y la ansiedad. Basándonos en esto, consideramos necesario y primordial que se haga hincapié en la salud psicológica y emocional por parte de los profesionales de salud. Para ello, y junto con los profesionales de la psicología (quienes realizan terapias cognitivo-conductuales, psicoeducativas y psicoterapia), las enfermeras deben poner en marcha intervenciones centradas en la esfera psico-emocional fomentando la educación de las mujeres sobre la enfermedad además de su capacidad de afrontamiento.

Desde nuestro punto de vista, consideramos importante no solo la inclusión de intervenciones individuales sino también aquellas de carácter grupal, pues se genera una red de apoyo con el grupo de iguales que conlleva a una mejora de su autoestima y aprendizaje de actitudes adaptativas y habilidades interpersonales en un entorno en el que ellas se sientan cómodas y seguras (34). Además, una futura línea de investigación podría ser analizar la inclusión de las parejas en estos grupos, pues constituyen un pilar fundamental para estas mujeres.

Otra de las actividades esenciales para mantener el bienestar psicosocial es la actividad física. Por tanto, apoyándonos en los estudios de Torrealba et al. (28) y Husebo et al. (29), destacamos la importancia de incluir y potenciar la actividad física en los planes de cuidado. El ejercicio al aire libre como por ejemplo pequeños paseos, ayuda a evadirse de la enfermedad, a conectar con la naturaleza, a eliminar pensamientos negativos, a incrementar sus niveles de energía y favorecer las relaciones sociales si se realizan en compañía.

Además, es importante dedicar nuestro tiempo a la educación en ejercicios específicos orientados a la prevención y/o mejora del edema linfático, así como de

cerciorarnos a través de consultas de seguimiento de los resultados que van obteniendo(15). Desde nuestro punto de vista, serían recomendables la incorporación de talleres dirigidos por enfermeras hacia la prevención, cuidado y seguimiento del linfedema.

Otro de los puntos principales de nuestro trabajo es conocer los **cambios en el entorno social de las mujeres** con cáncer de mama. Tras el análisis de los resultados obtenidos en torno a este objetivo, resaltamos la importancia de la familia como unidad de cuidado, algo que también comparten Do Prado et al. (22) y Moreno-González (21) en sus estudios. Sin embargo, consideramos oportuno prestar especial atención a **la pareja** como pilar fundamental para estas mujeres. El diagnóstico y tratamiento supone para ellos un antes y un después en su vida conyugal; lo que implica tener que adaptarse a esta nueva situación. Esto les lleva a adoptar nuevos roles y es común un sentimiento de incertidumbre a la hora de atender las necesidades de sus mujeres.

Relacionado con esto último destacamos notablemente la falta de capacitación que la mayoría de ellos expresan. Emerge, por tanto, la necesidad de preparación en el cuidado a las parejas por parte de los profesionales sanitarios. Con esto, queremos hacer hincapié no solo en la importancia de enseñar y educar en cuidados relacionados con la enfermedad, sino también en ofrecer un espacio donde los cuidadores tengan la oportunidad de compartir sus sentimientos y emociones, los cuales, en ocasiones reprimen para no restarle importancia a los de su mujer (22) (20). Para ello, proponemos la asistencia de las parejas a las consultas de seguimiento ofrecidas a las mujeres tanto en la etapa prequirúrgica como postquirúrgica, donde se llevaría a cabo un asesoramiento psicoeducativo, que apoyándonos en el artículo de Toshiaki Borges Yoshimochi et al. (20), resultaría en una mejora de la comunicación, mayor apoyo emocional y mayor calidad en los cuidados.

Moreno-González et al. (24) también destacaron en su estudio, que las parejas se sienten más tranquilas cuando cuentan con el apoyo del resto de la familia, quedando estos menos sobrecargados, hallazgo también identificado por Toshiaki Borges Yoshimochi et al. (20). Por tanto, creemos que las enfermeras deben valorar la red social de la mujer y su pareja como un recurso esencial que favorezca un buen afrontamiento de la situación. De igual manera, y en caso de que estas familias no posean los recursos económicos, sociales y materiales suficientes, se deberían tomar las medidas necesarias en colaboración con otros servicios sociosanitarios.

Como se ha mencionado anteriormente existe una estrecha relación entre los cambios físicos que sufren las mujeres y los estándares de feminidad establecidos en la sociedad, lo que podría repercutir en las relaciones de pareja, a pesar de que la mayoría de parejas (16) (23) (24) consiguen darle más importancia a la salud que a la nueva apariencia de su mujer, primando el cariño hacia ellas y las esperanzas en el tratamiento. Sin embargo, y en prevención de alteraciones que dañen la esfera emocional en alguno de los miembros

de la pareja, recalcamos la importancia de la puesta en marcha de intervenciones dirigidas a fomentar la comunicación y la expresión de emociones, que se podrían desarrollar durante las consultas mencionadas con anterioridad. Así, disminuiríamos la aparición de trastornos depresivos y, por tanto, una mayor adherencia al tratamiento (20). Con esto, queremos fomentar y promover la comunicación entre los miembros de la pareja, de modo que puedan expresarse libremente acerca de sus relaciones íntimas y así, evitar problemas que puedan desencadenar daños emocionales pero, para ello, se requiere del entrenamiento de las enfermeras en la identificación precoz de los problemas emocionales más prevalentes y la generación de relaciones terapéuticas con los usuarios.

Por otro lado, y en cuanto a la relación de la mujeres con los **profesionales sanitarios**, hemos apreciado de manera generalizada en gran parte de los artículos (10) (12) (16) (17) que estas afirman haberse sentido acompañadas por éstos durante el proceso de enfermedad, si bien es cierto que la gran mayoría aluden a una falta de información en los aspectos más prácticos y de cuidado personal. A propósito de esto, creemos necesario la elaboración de guías y protocolos enfermeros que recojan la información necesaria y pertinente para que queden resueltas las primeras dudas y necesidades de estas mujeres, a partir de las cuales se pueda seguir trabajando.

Si algo es importante en nuestra profesión es el establecimiento de una relación terapéutica basada en el respeto, la intimidad y la confianza. Sin embargo, la pandemia por la COVID-19 ha supuesto un antes y un después en nuestra labor, dificultando los encuentros enfermera-paciente. Comprendemos el sentimiento de miedo que experimentan las mujeres al acudir al hospital por el temor a contagiarse de dicho virus, sumado a la incertidumbre de no poder completar su tratamiento (18). Sin embargo, creemos que la enfermería tiene la capacidad y competencias suficientes como para conseguir que estos encuentros se realicen con la mayor seguridad posible, optando incluso por la llamada telefónica u online para su seguimiento, garantizando el acompañamiento de estas mujeres en todo momento. Esto supone un gran reto para los profesionales de salud, y aunque sabemos que no es la manera idónea de establecer una relación de este tipo, es lo más factible que se puede llegar conseguir. Además, algo que compartimos con muchos de los profesionales de salud con los que hemos coincidido en nuestras prácticas clínicas, es la relevancia que ha adquirido el coronavirus en todo el sistema de salud, dejando de lado a otras patologías, invisibilizándolas y demorando su atención.

Nos gustaría señalar una reflexión surgida a partir del análisis de los trabajos, relacionada con la especialización o expertía de las enfermeras que cuidan de estas mujeres como condición necesaria, pues consideramos que podría correlacionarse con un aumento de la calidad y satisfacción de los cuidados prestados. En esta línea apuntan los resultados de Pereira Mendes et al. (30), quedando las mujeres más satisfechas al ser atendidas desde

instituciones especializadas habiendo recibido un cuidado más individualizado y holístico. Por ello, al igual que sucede con otras especialidades aún no reconocidas, apoyamos a Capllonch Teba (31) en la formación específica y reconocimiento de enfermeras en el ámbito de la Oncología, siendo ésta una necesidad de desarrollo profesional. Gracias a ello, las mujeres con cáncer de mama podrán recibir los mejores cuidados individualizados, holísticos y continuados por parte de enfermeras especializadas, desde un espacio donde éstas puedan llevar a cabo todos los programas en intervenciones mencionadas anteriormente.

Para finalizar y, analizando las **fortalezas** de nuestro trabajo, el número de artículos empleados permite contrastar la información de diferentes estudios primarios, lo que garantiza el objetivo de suficiencia en relación al criterio de nivel de evidencia generado. Por otro lado, el método empleado permite limitar los sesgos, así como reproducir los resultados, requisitos imprescindibles en todo trabajo de investigación. Entre las **limitaciones** quisiéramos destacar que, aunque los artículos han sido analizados por las dos autoras de este trabajo, sus limitaciones como investigadoras noveles pueden favorecer la existencia de errores en cuanto a la calidad de los artículos e interpretación de los resultados, lo que implica que las conclusiones deberían ser tomadas con cautela aunque teniéndolas en cuenta para el desarrollo de futuros trabajos de investigación, de mayor calidad metodológica, como las revisiones sistemáticas y metaanálisis.

CONCLUSIONES

A partir del análisis de los resultados antes expuestos, puede concluirse que:

- Cada experiencia debe ser considerada como única y es vivida como individual por cada mujer.
- El tratamiento contra el cáncer de mama provoca cambios físicos que conllevan a una afectación psicológica.
- La alopecia, la fatiga y la mastectomía, son los cambios sufridos con mayor frecuencia por estas mujeres, afectando a su autopercepción y autoconcepto condicionados por los estándares de feminidad establecidos, con repercusión en su sexualidad.
- La autoestima de las mujeres se ve influida tanto por su autoimagen como por la percepción que sienten que los demás proyectan hacia ellas. Es esto lo que les conduce a someterse a las reconstrucciones o a cambiar su manera de vestir.
- La aparición de esta enfermedad supone una desestabilización en la dinámica familiar. Las parejas se constituyen como el apoyo principal de las mujeres, a pesar de no encontrarse preparados para afrontar un cambio tan drástico.
- Existe cierta controversia en cuanto al grado de preparación de las parejas en su rol de cuidador principal, ya que mientras que algunos son capaces de hacer frente a la situación, otros sufren un daño psicológico apareciendo sentimientos negativos que a menudo se esconden para proteger a su mujer.
- El cáncer de mama provoca una alteración en sus relaciones sexuales a causa de la nueva imagen corporal. Sin embargo, el sentimiento de amor experimentado por sus parejas hacia ellas hace que los cambios físicos pasen a un segundo plano, mostrando mayor preocupación por su salud y su supervivencia.
- Atendiendo a la relación que se establece entre las mujeres y los profesionales sanitarios, queda reflejada por la mayoría de ellas, una mayor necesidad de información por parte de éstos.
- Las enfermeras debemos proporcionar a las mujeres una atención continua durante todo el proceso de enfermedad mostrando interés en las necesidades de autocuidado bio-psico-sociales, mediante la puesta en marcha de intervenciones enfermeras específicas que contribuyan a ofrecerles un cuidado holístico e individualizado tales como, sesiones de educación cosmética, consultas de preparación prequirúrgica, preparación para el momento de verse por primera vez en el espejo tras la mastectomía, educación y asesoramiento postquirúrgico (en los que se incluya también a su parejas), consultas dedicadas al seguimiento de

su estado psicoemocional (tanto grupales como individuales), así como la introducción de ejercicios específicos orientados a la prevención y/o tratamiento del linfedema y el fomento de la actividad física en los planes de cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación española contra el cáncer [Internet]. [consultado 11 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama>
2. Santaballa Bertrán A. Cáncer de mama, epidemiología y factores de riesgo [Internet]. SEOM; 7 febrero 2020 [consultado 11 diciembre 2020]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=2>
3. Lugonés Botell M, Ramírez Bermúdez M. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] 2009 [consultado 12 diciembre 2020]; 25 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300020
4. Martín M, Herrero A, Echavarría I. El cáncer de mama. Arbor [Internet]. 2015. [consultado 14 diciembre 2020]; 191 (773):<http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3004>. Disponible en: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2037/2531>
5. Sánchez R, Schneider E, Martínez G, Fonfach C. Cáncer de mama, modalidades terapéuticas y marcadores tumorales. [Internet]. 2008. [consultado 14 diciembre 2020]; 22: 55-63. Disponible en: <http://revistas.uach.cl/pdf/cuadrcir/v22n1/art09.pdf>
6. Torrens Sigalés RM^a, Martínez Bueno C. Atención a la mujer con cáncer de mama. En: García Rojas R. Enfermería de la mujer. 2ª edición. España: Ediciones DAE (grupo paradigma); 2009. 497- 515.
7. Martínez Ortega RM^a, García Perea E. Alteración de las mamas, problemas benignos y malignos. En: Pedraz Marcos A, Martínez Ortega RM^a, García Perea E. Enfermería de la mujer. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces ; 285-299.
8. García-Hernández EM, López Guevara SJ, Cano- Fajardo LE, Avila-Medina M, Duran - Badillo T, Ponce- Martínez D. Diferencias en la ansiedad y depresión por variables contextuales en mujeres con cáncer de mama. Actualidades en psicología [Internet].2020. [consultado 22 diciembre 2020]; 34 (129): 109-118. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades/article/view/38620>
9. Hernández L. La mujer con cáncer de mama: la experiencia desde la perspectiva del cuidado humano. Enfermería Universitaria [Internet] 2016 [consultado 14 enero 2021]; 13 (4): 253-259. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n4/2395-8421-eu-13-04-00253.pdf>
10. Belber- Gómez M, Valencia- Agudo F, De la Viuda – Suárez ME. Análisis de la experiencia subjetiva en mujeres con cáncer de mama. Duazary [Internet] 2018 [consultado 13 de marzo 2021]; 15 (1): 71-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2021>

11. Rocha JFD, Vieira MA, Rodríguez Cruz PK, Marques da Costa F, De Almeida Lima C. Mastectomy: Scars in female sexuality. *Journal of Nursing* [Internet] 2016 [consultado 13 de marzo 2021]; 10 (5): 4255 -4263. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11171/12704>
- 12., O'Mahony M, Sobhana Menon A, Women's body image following mastectomy: Snap shots of their daily lives. *Applied nursing research* [Internet] 2019 [consultado 13 de marzo 2021]; 47: 4-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.03.002>
13. Van Ee B, Smits C, Honkoop A, Kamper A, Slaets J, Hagedoorn M. Open Wounds And Healed Scars. *Cancer Nursing* [Internet] 2019 [consultado 13 de marzo 2021]; 42 (3): 190-197. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000575>
14. Levkovich I, Cohen M. The experience of fatigue in breast cancer patients 1-12 month post-chemotherapy: A qualitative study. *Behavioral Medicine* [Internet] 2017 [consultado 13 de marzo 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08964289.2017.1399100>
15. Temür K, Kapucu S. The effectiveness of self-management of lymphedema in the prevention of breast cancer-related lymphedema and quality of life: A randomized controlled trial. *European Journal of Oncology Nursing* [Internet] 2019 [consultado 13 de marzo 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.02.006>
16. Rodríguez P, Pino J. Cáncer de mama y sexualidad: ¿una discapacidad emergente?. *Rev Chil Salud Pública* [Internet] 2016 [consultado 13 de marzo 2021]; 20 (2): 122-130. Disponible en: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/44946/47032>
17. Jacobs JM, Walsh EA, Park ER, Berger J, Peppercorn J, Partridge A, Horick N, Safren SA, Temel JS, Greer JA. The patient's voice: Adherence, symptoms and distress related to adjuvant endocrine therapy (AET) after breast cancer. *International Journal of Behavioral Medicine* [Internet] 2020 [consultado 13 de marzo 2021]; 27: 687- 697. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12529-020-09908-2>
18. Barros de Souza J, Monteiro da Conceição V, Santos Araújo J, De Oliveira Vargas Bitencourt JV, Da Silva Filho CC, Rosetto M. Cancer in times of Covid-19: repercussions in the lives of women undergoing oncological treatment. *Rev enferm UERJ* [Internet] 2020 [consultado 13 de marzo 2021]; 28: e51821. Disponible en: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.51821>
19. Rodríguez – Reinado C, Delgado A, Alguacil J. El cuerpo y sus reconfiguraciones: relatos de mujeres con cáncer de mama. *European Journal of Health Research*. [Internet] 2020 [consultado 13 de marzo 2021]; 6 (2): 121-131. Disponible en: <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i2.210>

20. Toshiaki Borges Yoshimochi L, Antônio dos Santos M, Assunção Caetano de Loyola E, Alexandria Pinto de Magalhães P, Sanches Panobianco M. La experiencia del compañero de la mujer con cáncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem* [Internet] 2018 [consultado 6 de marzo 2021]; 52: e03366. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017025203366>
21. Moreno-González MM, Salazar-Maya AM, Tejada-Tayabas LM. Experiencia de cuidadores familiares de mujeres con cáncer de mama: una revisión integradora. [Internet] 2018 [consultado 6 de marzo 2021]; 18 (1): 56-68. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/7249/4693>
22. Do Prado E, Rosenilda Costa J, Raone D, Cristina Barbosa D, Aparecida Sales C, Silvia Marcon S. Attendance and support: strategies to help the wife to face breast cancer. *Journal of Nursing* [Internet] 2016 [consultado 6 de marzo 2021]; 10 (11): 3935-41. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11475/13321>
23. Gürsoy A, Kocan S, Aktug C. Nothing is more important than my partner's health: Turkish men's perspectives on partner's appearance after mastectomy and alopecia. *European Journal of Oncology Nursing* [Internet] 2017 [consultado 6 de marzo 2021]; 29: 23-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.006>
24. Moreno- González MM, Galarza- Tejada DM, Tejada- Tayabas LM. Experiencias del cuidado familiar durante el cáncer de mama: la perspectiva de los cuidadores. *Revista da Escola de Enfermagem*. [Internet] 2018 [consultado 6 de marzo 2021]; 53: e03466. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018012203466>
25. Klungrit S, Thanasilp S, Jitpanya C. Supportive care needs: An aspect of Thai women with breast cancer undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing* [Internet] 2019 [consultado 6 de marzo 2021]; 41: 82-87. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.05.008>
26. Park HY, Choi S, Kang E, Oh S, Kim JY, Kim SW. Psychological effects of a cosmetic education programme in patients with breast cancer. *European Journal of Cancer Care* [Internet] 2015 [consultado 6 de marzo 2021]; 24: 493-502. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ecc.12290>
27. Wyona MF, Deutsch AS, Davin K, Lewis C, Sisk A, Sweeney L, Wuest L, Cesario SK. The Mirror Program: Preparing women for the postoperative Mastectomy mirror-viewing experience. *Nursing Forum* [Internet] 2015 [consultado 6 de marzo 2021]; 50 (4): 252-257. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nuf.12108>
28. Leal Torrealba C, Jiménez Picazo MS. Afrontamiento del cáncer de mama. Papel de enfermería en el campo de la psicología. *Nure Inv* [Internet] 2015 [consultado 6 de marzo

2021]; 12 (77). Disponible en:

<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/675/663>

29. Husebo AM, Allan HT. Exercise, a path to wellness during adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Cancer Nursing* [Internet] 2015 [consultado 6 de marzo 2021]; 38 (5).

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/NCC.0000000000000205>

30. Pereira Mendes AB, Da Costa Lindolpho M, Pinto Leite A. La asistencia de la enfermera en la visión de las mujeres mastectomizadas. *Enfermería Global* [Internet] 2012 [consultado 6 de marzo 2021]; (46): 416-426. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200026>.

31. Capllonch Teba V. Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia. *Inquietudes* [Internet] 2015 [consultado 6 de marzo 2021]; (49): 35-43.

Disponible en:

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1455634601.pdf>.

32. Martínez-Pizarro S. Micropigmentación de pezón yaréola tras mastectomía. *Rev Senol Patol Mamar* [Internet] 2020 [consultado 23 abril 2021]; 33 (4): 168-169. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria--131-pdf-S0214158220301043>

33. Ikeuchi M, Saruwatari K, Takada Y, Shimoda M, Nakashima A, Inoue M, Oroguchi T, Ishii N, Yoshii F, Haida M. Evaluating “Cosmetic Therapy” by Using Near-Infrared Spectroscopy *World journal of neurosciencie* 2014 [consultado 28 marzo 2021]; 4: 194-201. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=45935>

34. Bellver A. Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* [Internet] 2007 [consultado 28 marzo 2021]; 4 (1): 133-142. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2303930>.

ANEXOS

ANEXO I: Resultados objetivo específico n°1.

<i>TÍTULO</i>	<i>AUTOR</i>	<i>FECHA</i>	<i>DISEÑO</i>	<i>POBLACIÓN</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>RESULTADOS</i>
Women´s body image following mastectomy: Snap shots of their daily lives	O'Mahony, M.	24 marzo 2019	Diseño descriptivo cualitativo realizado mediante entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido	7 mujeres irlandesas mayores de 18 años sometidas a mastectomía en los últimos 2 años.	Conocer la percepción de las mujeres de su imagen corporal tras la mastectomía.	La mastectomía fue descrita como algo que afecta a su día a día más de lo que ellas pensaban. La visión de otros, en ocasiones les afecta más en sus decisiones que sus propios deseos y necesidades, cambiando por ejemplo su forma de vestir. Tuvieron dificultades a la hora de mirarse por primera vez tras la cirugía experimentando una mezcla de sentimientos positivos y negativos. Algunas de ellas vieron la reconstrucción como algo beneficioso mientras que otras no, llegando incluso a someterse a ello o no por influencia de otros. Respecto a sus relaciones, estas sintieron el apoyo de sus parejas, aunque también sentían preocupación por lo qué pensarían de su cuerpo. Respecto a sus relaciones sexuales, estas se vieron afectadas incluso más que su imagen corporal llegando a esconder su herida para que no la viese su marido. Algunas decidieron someterse a la reconstrucción parano alterar su vida sexual. Finalmente, afirmaron que les gustaría haber recibido más información por parte de los profesionales antes de la mastectomía, involucrando también a sus parejas.
Mastectomy: Scars in female sexuality	Rocha, JFD	Noviembre 2016	Estudio descriptivo de enfoque cualitativo.	14 mujeres de entre 47 y 71 años que fueron mastectomizadas (excluyéndose las mujeres intervenidas hacía menos de un año) y seguidas por el Programa de salud de mujeres de la ciudad de Montes Claros en Brasil.	Describir los reflejos de la mastectomía sobre la sexualidadde las mujeres atendidas en el Programa de Salud dela mujer.	El estudio mostró los resultados de las mujeres tras la mastectomía; a pesar de los sentimientos negativos entre los que destacan la tristeza, inferioridad o el sentimiento de mutilación consiguieron verse a sí mismas como luchadoras. Su vida sexual se vió afectada ya que estas sentían vergüenza, falta de deseo sexual o falta de sensibilidad en el pezón. Mientras que algunas sintieron un cambio positivoen la relación con su pareja marcada por gestos de apoyo y cariño, otras percibieron rechazo por su parte. En el grupo de mujeres entrevistadas ninguna quiso someterse a la reconstrucción por miedo a una nueva cirugía. Finalmente, se observó que la experiencia de la mastectomía es variable para cada mujer ya que se ven afectados varios aspectos (identidad, imagen corporal, sexualidad...)

Cancer in times of Covid-19: repercussions in the lives of womenn undergoing oncological	Barros de Souza, J.	21 Julio de 2020	Estudio cualitativo de acción participativa.	12 mujeres de 35-56 años que vivían en diferentes ciudades de Brasil que estaban siendo tratadas de cáncer de mama.	Comprender la experiencia de afrontamiento del COVID 19, según la perciben las mujeres en tratamiento oncológico.	Añadido a todo lo que conlleva convivir con la enfermedad para las mujeres, la pandemia acentuó y agravó el escenario para ellas produciendo mayores sentimientos de ansiedad, tristeza, incertidumbre y miedo al contagio lo cual puede resultar en un incremento de los trastornos psicológicos. Algunas refirieron miedo aabandonar sus hogares por acudir al tratamiento, ganas de abandonarlo o miedo ano poder completarlo, si bien es cierto que el COVID puede resultar en una omisión de cuidados por parte de los profesionales. Comentaron además que la música les
---	---------------------	------------------	--	---	---	--

treatment						fue de gran ayuda para aliviar esos momentos de estrés añadido. Durante la pandemia las enfermeras brasileñas proporcionaron asistencia y seguimiento online lo cual resultó ser beneficioso para ellas, como espacio donde expresar sus sentimientos y resolver dudas. Finalmente, otra de sus percepciones fue la del aprendizaje y la fortaleza, percibiendo la pandemia como una oportunidad de crecimiento y maduración.
The patient's voice: Adherence, symptoms and distress related to adjuvant endocrine therapy (AET) after breast cancer	M. Jacobs, J.	3 Junio 2020	Estudio cualitativo como parte de un estudio de métodos mixtos más amplio.	30 pacientes de 55 años (edad media) diagnosticadas de cáncer de mama en estadios tempranos y recibiendo actualmente AET.	Comprender las experiencias de los pacientes con la terapia adyuvante endocrina (AET).	Los efectos secundarios de este tratamiento afectaron a la esfera física, bienestar emocional y el día a día según estas mujeres. Entre los factores relacionados con la adherencia destacaron la duda de su efectividad ante la ausencia de cambios objetivos y la gran cantidad de efectos secundarios. Algunas de ellas refirieron haberse olvidado algún día del tratamiento. Sin embargo, uno de los mayores hallazgos fue que estas encontraron muy difícil la gestión de los cambios en el humor. Aunque estas mantuvieron conversaciones con los profesionales de salud, echaron de menos estrategias específicas para lidiar con ellos. Todas estaban de acuerdo en que les gustaría formar parte de una intervención de carácter psicosocial, en grupos pequeños y preferentemente online para no desplazarse al hospital, en la que se incluya a otros pacientes que hayan recibido o estén actualmente recibiendo el tratamiento y poder compartir experiencias. Algunas de las mujeres que recibieron apoyo de otros pacientes refirieron que esto les había sido de gran ayuda. Finalmente se deja en evidencia la falta de estrategias por parte de los profesionales que ayuden a las mujeres a gestionar este tipo de efectos secundarios de carácter más psicológico que a su vez influye en la adherencia al tratamiento.
The experience of fatigue in breast cancer patients 1-12 month post-chemotherapy: A qualitative study	Levkovich, I.	8 diciembre 2017.	Estudio de tipo cualitativo-fenomenológico mediante entrevistas semiestructuradas.	13 mujeres de 34- 67 años diagnosticadas de cáncer de mama que hayan recibido quimioterapia dese hace 12 meses hacia hasta el momento del estudio, que entonces estuviesen libres de la enfermedad y siendo seguidas por una unidad de oncología del norte de Israel.	Explorar las maneras en que estas mujeres experimentan la fatiga secundaria al tratamiento, cómo afecta a su calidad de vida y la forma de convivir con ella.	Entre los hallazgos se observó que los patrones de aparición de la fatiga variaban según las mujeres, apareciendo para algunas de una manera intensa y continua mientras que por ejemplo para otras aparecía y desaparecía repentinamente. Se encontró además que las mujeres más mayores experimentan menores niveles de fatiga que las jóvenes. Esto podría estar relacionado además de con una mejor respuesta inmunitaria de las jóvenes, con sus estilos de vida (las mayores no tenían tantas "obligaciones"). Las estrategias de afrontamiento también variaban; algunas decidían afrontar las actividades esenciales mientras que otras aprendieron a no luchar contra la fatiga, aceptarla y permitirse descansar. Sin embargo, todas coincidían en que era el síntoma más incapacitante que no cede con el descanso. Finalmente se confronta la necesidad de cariño, apoyo y delegación de sus actividades a otros miembros de la familia con el sentimiento de la pérdida de independencia e intimidad. Las mujeres ortodoxas en contraste con las no religiosas percibieron de gran ayuda el apoyo de sus comunidades religiosas.
The effectiveness of self-management of lymphedema in	Temür, K.	18 febrero 2019	Estudio aleatorizado controlado de	61 mujeres (30 grupo intervención, 31 grupo control) entre 18 y 65 años con un IMC < 30,	Determinar el efecto de un programa para la autogestión del linfedema y su	Los pacientes del grupo control recibieron los cuidados habituales mientras que paralelamente se exploró el impacto de un programa para el automanejo del linfedema en los primeros 3-6 meses tras la mastectomía sobre un grupo intervención. El programa incluyó una fase de educación (qué es, síntomas,

the prevention of breast cancer-related lymphedema and quality of life: A randomized controlled trial.			casos y controles.	que se hubiesen sometido a una mastectomía ya fuese radical o conservadora y que al menos les hubiesen sido extirpados 2 ganglios linfáticos.	prevención, relacionado con el cáncer de mama y calidad de vida.	evaluación riesgos, cuidado de la piel, prevención infecciones, sobrepeso), la introducción de una serie de ejercicios activos y pasivos específicos que proporcionasen fuerza resistencia y elasticidad, así como una fase de monitorización y seguimiento telefónico. Al final del estudio, no se observó desarrollo de linfedema en el grupo de intervención mientras que el 61,2% de los pacientes del grupo control sí que lo hicieron. Además, se determinó una diferencia significativa en la salud general, percepción, función física, función de rol, función emocional, función cognitiva y social de los dos grupos, así como una mejor calidad de vida marcada por una disminución de los síntomas (fatiga, dolor, insomnio..) en el grupo intervención. Mientras que los síntomas físicos se vieron disminuidos en este grupo la autopercepción y las expectativas de futuro mejoraron. Por tanto, gracias a estos resultados, de acuerdo con estudios anteriores, se demostró la efectividad de la introducción de este programa gracias en su mayor parte al cuidado de la piel, la introducción de ejercicios físicos, y al seguimiento y evaluación continua de los pacientes ofreciéndoles apoyo para incrementar su motivación, su participación activa y creer en el beneficio del programa.
Open Wounds and Healed Scars: A Qualitative Study of Elderly Women"s Experiences With Breast Cancer	van Ee. B.	14 octubre 2017.	Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas.	21 mujeres mayores de 70 años que hubiesen finalizado el tratamiento de 3-24 meses antes del estudio, que hablasen holandés y que fuesen capaces de conversar durante 1 h. Se excluyó a las mujeres en fase paliativa.	Conocer mejor las experiencias de las mujeres con cáncer de mama mayores de 70 años.	Salvo algunas excepciones, este grupo de mujeres experimentó los mismos síntomas que las jóvenes (fatiga, náuseas, retención de líquido, alteraciones en el brazo, heridas abiertas o falta de apetito). Sin embargo, a este grupo se le añaden otras enfermedades propias de la edad como enfermedades cardiopulmonares, reuma, osteoporosis aumentando su comorbilidad. También sufrieron alteraciones en el aspecto físico, lo cual no implica como dicen los autores, que por el hecho de ser personas mayores se le deje de prestar atención. En cuanto a la información recibida se hizo hincapié en una mejor atención (más holística e individualizada) por parte de las enfermeras. Se observó que las decisiones sobre el tratamiento en este grupo se veían influenciadas por su edad, otras enfermedades o las preferencias familiares. Algunas de ellas tenían clara su propia decisión mientras que otras confiarían en la decisión de su médico. Para algunas, la enfermedad supuso una reorganización de su vida, marcada por la disminución de sus actividades diarias. Sin embargo, para otras el cáncer supuso un cambio de mentalidad sintiéndose más felices desde entonces. Hicieron referencia a la confianza que depositaban en Dios y en la fe. Un factor añadido a las mujeres de esta edad es que además son ellas las cuidadoras de sus parejas que sufren otras enfermedades, o incluso tienen que convivir con el duelo de su muerte a la par que con su enfermedad. Para concluir, solo algunas de ellas mostraron interés en asistir a charlas con otras mujeres ya que referían no querer compartir sus experiencias con personas desconocidas.
Análisis de la experiencia subjetiva en mujeres con cáncer de mama	Belber-Gómez, M.	13 septiembre de 2017.	Estudio cualitativo.	Mujeres que padecían un proceso de cáncer de mama. Un total de seis mujeres (con un rango de edad de entre 35 y 64 años) de las	Analizar de manera cualitativa la experiencia de las mujeres con cáncer de mama en torno a la enfermedad, los	Las cuatro áreas afectadas en las mujeres con cáncer de mama son: la cercanía de la propia muerte, la redefinición del “yo”, la vivencia continua en incertidumbre y los cambios en los vínculos de apego. Las mujeres refieren sentirse como un “cuadro abstracto” en cuanto a su imagen corporal e incluso se refieren a la operación como una “mutilación”. Junto a ello, los cambios físicos que más les afectaron fueron la alopecia, el aumento/pérdida de peso o las quemaduras en la zona irradiada. Sienten

				cuales cinco finalizaron el programa psicoterapéutico.	tratamientos y el malestar psicológico; recoger las necesidades psicológicas y clínicas que reflejan en su discurso; y plantear y reflexionar sobre posibles propuestas terapéuticas en base al análisis de su discurso y necesidades.	el temor al estigma promoviendo el aislamiento social, de modo que la enfermedad tiene un efecto en sus relaciones sociales ya que evitan el contacto con los demás para impedir que vean su aspecto. Además, en lo referente a la sexualidad, se trata como un tema tabú en el que sienten desinformación sobre cómo influye en su deseo sexual o en la respuesta de excitación. Aparecen sentimientos de rabia e indignación causados por el malestar que les produce que las animen a encontrarse contentas e incluso que vean la enfermedad como una oportunidad. Las mujeres se sintieron en momentos bien atendidas por el personal sanitario, estableciendo un vínculo emocional. Sin embargo, existe una falta de información acerca de los aspectos prácticos y del cuidado personal, una sensación de pérdida de la intimidad y de despersonalización en el hospital y de ser un número de historia clínica más. La necesidad de información del paciente es uno de los déficits más comunes, ya que para informar hay que saber comunicar. Por otro lado, la mayoría de las mujeres eran muy activas y tras la enfermedad han perdido el rol con el que se identificaban, planteándose que sucederá en un futuro. Plantean, tras la enfermedad, no dar tanta importancia a cosas que no la tienen y a dar una mayor apreciación al presente.
Cáncer de mama y sexualidad: ¿una discapacidad emergente?	Rodríguez, P.	15 de octubre de 2016	Estudio cualitativo de tipo exploratorio descriptivo.	Mujeres tratadas por cáncer de mama en la Unidad de Patología Mamaria (UPM) del Hospital Regional de y que cumplieran los criterios de inclusión (diagnóstico de carcinoma ductal invasor y que residieran en comunas aledañas a Concepción).	Conocer las vivencias en la sexualidad de las mujeres tratadas por carcinoma ductal invasor en la Unidad de Patología Mamaria (UPM) del Hospital Regional de Concepción, Chile.	El diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad causa alteraciones físicas, psicológicas sociales, emocionales y sexuales; provocando una discapacidad prolongada. Las entrevistadas afirman un impacto importante en lo referente a su sexualidad y a la de sus parejas. Además, las propias parejas identifican temor y miedo, generando una inseguridad en su vida íntima. Esto es debido a una falta de educación social y desconocimiento por parte de las parejas. Las mujeres confirmaron que la comprensión sobre el proceso de salud-enfermedad por parte de su familia es uno de los factores determinantes de apoyo. El amor de pareja, el respeto y el compromiso se manifestaron como primordiales, quedando en segundo plano los cambios físicos. Estas mujeres sufrían alteraciones en la percepción de su cuerpo lo que las llevaba al aislamiento social para evitar el contacto con los demás y evitar ser comparada. Expresaron sentimientos de angustia y minusvalía. La alopecia, el malestar general, las náuseas, la fatiga y la hospitalización son las consecuencias más negativas a las que se refirieron, causando falta de confianza en ellas mismas, baja autoestima y alteraciones en su sexualidad lo que daña aún más la trama íntima de la pareja, y por lo que se concluye la necesidad de apoyo psicológico, de comprensión y de comunicación por parte su vínculo más cercano y del sistema sanitario.
El cuerpo y sus reconfiguraciones: relatos de mujeres con cáncer de mama.	Rodríguez-Reinado, C.	12 noviembre 2019.	Estudio cualitativo	Mujeres que tenían que haber sido diagnosticadas de cáncer de mama en un periodo no superior de 10 años. Residir en la provincia de Huelva y	1).Comprender el proceso de configuración y reconfiguración del cuerpo durante la enfermedad en las mujeres con cáncer	Los cambios producidos por su apariencia física les generaron sensaciones de inseguridad, miedo e insatisfacción. Estas mujeres revelan la importancia de su entorno y de las estrategias de reconfiguración. La falta de concordancia entre la autopercepción y los estándares ideales provoca que la imagen corporal se convierta en un fruto de insatisfacción y ansiedad. En relación al diagnóstico, las mujeres emplean un lenguaje agresivo, sentimientos de pérdida y connotaciones de un robo, una apropiación de sus cuerpos por parte del sistema sanitario. Las

				cuya nacionalidad fuese española.	de mama. 2).Analizar las vivenciasde las mujeres respecto a las alteraciones del cuerpo durante el tratamiento del cáncer de mama.	mujeres hacen alusión a los pechos y al cabello, en representación a la sexualidad y a la feminidad. Solo una de ellas hace referencia a la piel, uñas, irrupciones cutáneas o a las llagas de la boca. Sólo una cita la maternidad. Se describe que muchas de las mujeres optan por la mastectomía radical por tener una sensación de más tranquilidad y disminuir la posibilidades de que el tumor se reproduzca, optando posteriormente por una reconstrucción. La pérdida del cabello la describen como una característica propia de una persona enferma, con cáncer. Esto causa a lasmujeres baja autoestima y sensación de estar incompletas. En cuanto a la reconfiguración de la imagen corporal sólo dos mujeres manifiestan utilizar peluca, mientras que el resto afirma el uso de pañuelos. Además, algunas de ellas escondieron sus marcas físicas a través del uso de tatuajes. Tras la reconstrucción, una decisión totalmente voluntaria, muchas no perciben el pecho como propio. Una de las mujeres narra la presión recibida por el entorno, tanto, que este influye en la decisión de someterse a ella. Por otro lado, y en cuanto a la sexualidad, algunas de ellas manifiestan sentir vergüenza delante de sus maridos, aunque ponen relevancia en el apoyo de su entorno y principalmente de la figura de la pareja.
--	--	--	--	-----------------------------------	--	---

ANEXO II: Resultados objetivo específico nº2

TITULO	AUTOR	FECHA	DISEÑO	POBLACIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS
Nothing is more important than my partner’s health: Turkish men’s perspectives on partner’s appearance after mastectomy and alopecia.	Ayla Gürsoy.	20 abril 2017	Aproximación cualitativa de carácter fenomenológico. Análisis interpretativo fenomenológico.	Grupo de 16 hombres de 42-65 años que hablasen turco y cuyas mujeres hayan sido diagnosticadas, mastectomizadas y hayan sufrido alopecia secundaria a radioterapia durante los últimos 5 años.	Revelar cómo los cambios físicos tras la mastectomía y alopecia influyen psicológicamente, emocionalmente y en la relación de estos hombres con sus parejas.	Los resultados del estudio mostraron diferencias entre las experiencias de los participantes. Algunos de ellos afirmaron que experimentaron un cambio positivo en la relación con su pareja haciéndose esta más sólida y fuerte mientras que otros refirieron lo contrario. Esto se analizó y se concluyó que dependía de lo que simboliza para un hombre una mama. Si significa fertilidad, sexualidad y feminidad entonces la pérdida les afecta más. Profundizando en su experiencia, la mayoría de los participantes a pesar de las primeras impresiones, le dieron más importancia a la salud de su pareja que a su apariencia, refiriéndose también a la falta de pelo (para aquellos hombres cuyas mujeres llevaban Hijabs esto supuso menos impacto). Además, refirieron dificultades en la comunicación y en no saber cómo ayudarla. Finalmente, para la mayoría de las parejas la enfermedad no supuso un parón en sus relaciones sociales mientras que para algunos (minoría) sus relaciones si se vieron restringidas. Se sugieren futuras implicaciones enfermeras en la preparación de esta experiencia y en el cuidado no solo de las mujeres sino también de sus parejas como un conjunto.
Attendance and support: strategies to help the wife to face breast cancer	Do Prado, E.	Noviembre de 2016	Estudio cualitativo descriptivo realizado mediante	8 mujeres que se sometieron al tratamiento de cáncer de mama en una clínica oncológica en el norte	Aprender de las perspectiva de las mujeres con cáncer de mama, cómo ellas y sus cónyuges	Se concluyó que la familia es un componente esencial en la lucha de las mujeres contra el cáncer de mama. Los resultados mostraron que los maridos permanecían junto a sus mujeres durante el tratamiento mostrando gestos de apoyo y de cariño. Sin embargo, algunos no sabían cómo ayudar a sus esposas sintiéndose solos y sin expresar cómo se sentían para proteger a sus mujeres. Finalmente, se hace hincapié

			entrevistas semiestructuradas.	del Estado de Parana. Sus edades eran de 20-75 años y tenían marido y al menos un hijo desde antes del inicio del tratamiento.	enfrentan la enfermedad y sus repercusiones en sus vidas diarias.	en la necesidad de asistencia no solo de las mujeres sino también de sus parejas y sus familias.
The experience of the partners of women with breast cancer	Toshiaki Borges Yoshimochi 1, L.	12 abril de 2018	Estudio cualitativo	Hombre adulto y encontrarse en la condición de unión estable por lo menos desde el momento del diagnóstico de cáncer de mama de la mujer; su mujer debería tener la edad mayor o igual a 18 años. Las entrevistas fueron grabadas en audio y participaron 10 compañeros de mujeres con cáncer de mama.	Comprender la experiencia de ser compañero de la mujer con cáncer de mama desde su propia perspectiva, considerando el período que abarca el diagnóstico y el proceso de rehabilitación.	El compañero es considerado un miembro especial en la familia. Se ha demostrado que las parejas de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que tuvieron la oportunidad de recibir un asesoramiento psicoeducativo mejoraron su comunicación y brindaron apoyo emocional a la esposa; además de mejorar el autocuidado, el humor depresivo, la ansiedad e incluso, las cuestiones relacionadas con la sexualidad de la pareja. Los compañeros de estas mujeres afirman que el momento de recibir la noticia del diagnóstico causó gran sufrimiento y desestabilización emocional, aunque demostraron la capacidad de reaccionar y motivar a su mujer. Muchos de ellos se vieron apoyados por otros familiares, especialmente el cuidado de los hijos. A pesar de ello pueden quedar sobrecargados y presentar, incluso, daños emocionales. Respecto a la intimidad conyugal, los compañeros afirman que el tratamiento tuvo consecuencias en la intimidad de la pareja. Los profesionales de salud encuentran barreras a la hora de tratar la vida afectivo-sexual de estas parejas. Queda reflejada la necesidad de hablar libremente sobre este tema pues no solo afecta al libido de la mujer, sino que también puede desencadenar síntomas depresivos que perjudiquen la adhesión al tratamiento. Algunos de sus relatos muestran la satisfacción de las mujeres con su nueva imagen corporal tras la reconstrucción mamaria. Al inicio de la enfermedad se mostraron vulnerables ya que el primer sentimiento que aparece es estar ante una pérdida inminente donde los sueños, proyectos y vida en común fueron sacudidos. Después aparece la incertidumbre donde los compañeros demostraron dificultades para percibir sus propias fragilidades. Justificaron que debían mostrarse impermeables a los sentimientos negativos ya que la compañera necesitaría su apoyo. Este estudio demostró la importancia de dirigir la mirada y el cuidado especializado también hacia compañero de la mujer mastectomizada.
Experiencias del cuidado familiar durante el cáncer de mama: la perspectiva de los cuidadores	13 diciembre 2018	Moreno-González, MM.	Estudio cualitativo	Cuidadores familiares de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama que hubiesen sido diagnosticadas en un periodo mayor a seis meses y menor a cinco años; se incluyeron hombres y mujeres mayores de 18 años.	Describir la experiencia del cuidado familiar a la mujer con cáncer de mama durante el tratamiento, desde la perspectiva de los cuidadores en el contexto mexicano.	El contexto familiar de la mujer con cáncer de mama es comúnmente desconocido por los profesionales de salud, de ahí que no se tengan en cuenta las limitaciones, dificultades y desafíos a los que la mujer enferma y los familiares se enfrentan. En países como Brasil, se ha logrado posicionar a la familia como unidad de cuidado y se considera una fuente de interés para la profesión de enfermería. Los participantes del estudio expresan la angustia que les causó la identificación de “un bulto”. Al recibir el diagnóstico, los cuidadores mostraron un gran impacto emocional, incertidumbre y miedo debido a la proximidad con la muerte. Su papel como cuidadores inicia con la toma de decisiones apremiantes y a veces drásticas. Tras la mastectomía indicaron el impacto que supuso ver por primera vez a su mujer sin seno, junto con las heridas y las secuelas; con el consecuente impacto que suponen

						<p>los cuidados de la herida a los que no estaban capacitados. Sin embargo, manifiestan que la carencia del seno no supuso un déficit en la percepción de su feminidad o su atractivo. Lo mismo ocurre con la quimioterapia pues afecta de manera importante al estado general de la mujer. Las parejas refieren sentir miedo por un mal pronóstico, la muerte del familiar o no hacer lo correcto, además de dar apoyo emocional a la mujer y llevar a cabo parte de la toma de decisiones. Los cuidadores no dimensionan la importancia de su función. Muchos buscaron estrategias para mantener su equilibrio emocional (actividades o distracciones). Queda reflejado que, a pesar de la vulnerabilidad de la mujer, ella proyectó fortaleza en la pareja para mantenerse con fuerza. Algunos de los participantes manifiestan el apoyo y asesoramiento por parte de los profesionales, mientras otros se quejaban por la ausencia de su apoyo. De hecho, se concluye una falta de apoyo social por parte de las instituciones asistenciales. Estos hallazgos reflejan la necesidad de intervenciones de enfermería basadas en las experiencias de los enfermos y cuidadores, con un seguimiento en cada fase de su enfermedad, aportando información clara y oportuna.</p>
<p>Experiencia de cuidadores familiares de mujeres con cáncer de mama: una revisión integradora</p>	<p>5 diciembre de 2017.</p>	<p>Moreno-González, MM.</p>	<p>Revisión integradora.</p>	<p>El número de participantes de cada estudio osciló entre 6 y 91, con una media de 23; un estudio estuvo dirigido a cuidadoras mujeres, ocho incluyeron a hombres cuidadores cónyuges, dos investigaciones consideraron a la diada paciente-cuidador y los restantes tuvieron como población de estudio a los cuidadores familiares en general.</p>	<p>Identificar la evidencia científica de enfermería relacionada con la experiencia de los cuidadores familiares de mujeres con cáncer de mama.</p>	<p>El cuidador familiar brinda soporte en la toma de decisiones, acompaña durante la hospitalización y el tratamiento, apoya en las actividades de higiene personal; es representante, comunicador, proveedor económico; brinda apoyo emocional y compensa los roles de la mujer al mismo tiempo que los suyos propios. Esto genera sentimientos de impotencia al no contar con una capacitación y no tener una idea clara del proceso de la enfermedad y de lo que tiene que hacer.</p> <p>Los cuidadores se convierten de manera súbita, sin intención y sin preparación en el apoyo fundamental de la mujer con cáncer de mama lo que les genera ansiedad. Se sienten más tranquilos cuando cuentan con el apoyo del resto de la familia. Ser cuidador implica tener conocimiento sobre la enfermedad (para ello es importante ofrecer información sencilla y honesta), cuidado técnico (cuidados cotidianos, curas, registro de drenajes...) y dar apoyo emocional especialmente en su feminidad(ejercer la sexualidad plenamente y sentirse atractiva requiere de la intimidad, el respeto y la comunicación con su pareja). Es importante reconocer la función del cuidador y que participen activamente en el cuidado de su mujer y en el propio, sin olvidar los sentimientos de estos, pues muchos afirmaron sentirse “atrapados en casa”. Las estrategias de afrontamiento que más les ayudaron fue la espiritualidad, tener esperanza y ser positivo. En la relación de pareja se identificaron cambios de rol al igual que en la relación padre-hijos. El apoyo social al que los cuidadores hacen referencia es la familia, a los amigos y a los sistemas de salud.</p>

ANEXO III: Resultados objetivo específico n°3

TITULO	AUTOR	FECHA	DISEÑO	POBLACIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS
Cuidados de enfermería en pacientes con cáncer de mama sometidas a radioterapia.	Capllonch Teba, V.	Diciembre 2015	No especificado. Revisión narrativa	No especificado.	No especificado. Subrayar la importancia de las consultas de enfermería y el seguimiento de las mujeres para la mejora de su autocuidado, apoyo emocional y el aporte de información necesaria.	La incorporación de enfermeras en el servicio de Oncología resulta ser una muestra de evolución asistencial. Sin embargo, una única consulta no es suficiente, se necesitan unos cuidados de soporte más allá del cuidado directo de la atención especializada que favorezca la participación de la mujer en su autocuidado (piel, linfedema, astenia...) y gestión emocional. Además, recoge futuras líneas necesarias como son la creación de guías de autocuidado que estas mujeres puedan consultar y la creación de guías de práctica clínica para profesionales sanitarios basados en evidencia científica.
La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas.	Pereira Mendes, AB.	26 abril 2012	Investigación descriptiva de tipo estudio de caso. Abordaje cualitativo.	9 mujeres de 40-67 años mastectomizadas entre 1994 y 2006 pasando o no por quimioterapia/radioterapia. Además, se diferenciaban en si su asistencia se había desarrollado en instituciones privadas o públicas especializadas o no especializadas.	Identificar las expectativas de las mujeres que se sometieron a la mastectomía con relación al cuidado de enfermería y cómo estas mujeres percibían la asistencia que les fue prestada.	Respecto a las expectativas se concluyó que las enfermeras de instituciones especializadas satisfacen mejor las necesidades que van más allá del cuidado físico de la enfermedad en contraste con las de las no especializadas o generalistas que se limitan más al cuidado físico. En cuanto a la percepción, la atención en especializada fue mucho más individualizada y completa mientras que en las instituciones no especializadas se les ofreció una atención menos completa ya que la enfermera estaba más preocupada de técnicas y horarios, así como del resto de pacientes con otros tipos de patologías. A pesar, de que todas fueron asistidas adecuadamente, la información pre y post quirúrgica fue menor en las instituciones generalistas. Se concluye que la atención desde un servicio especializado o no interfiere en la probabilidad de supervivencia de las mujeres con cáncer de mama, siendo imprescindible la especialización de enfermería oncológica.
Supportive care needs: An aspect of Thai women with breast cancer undergoing chemotherapy.	Klungrit, S.	31 mayo de 2019	Estudio cualitativo realizado mediante una entrevista cualitativa semiestructurada y posterior análisis de contenido.	10 mujeres de un hospital del Norte de Tailandia . 1) > 20 años 2) diagnosticadas de cáncer de mama invasivo o en estados avanzados 3) durante cualquier ciclo de quimioterapia 4) que	Explorar las necesidades de cuidado de las mujeres tailandesas con cáncer de mama recibiendo quimioterapia	Los resultados de las entrevistas revelaron que las mujeres querían un cambio en el cuidado por parte de sus familias y de los profesionales sanitarios. Se identificaron 4 principales grupos de necesidades: 1.Necesidad de bienestar físico y sentimiento de seguridad producido por los efectos secundarios del tratamiento 2. Necesidad de motivación, comprensión y ayuda para gestionar las emociones emergentes durante el tratamiento. Además, manifestaron ser de ayuda la religión (budista) y el hecho de obrar actos buenos para sentirse bien 3. Necesidad de ayuda financiera para los costes extra, mostraron preocupación por la inestabilidad económica que la enfermedad produce 4. Necesidad de información específica de médicos y enfermeras para comprender lo que les ocurre, consejos útiles, así como información sobre alternativas de tratamiento. Gracias a la identificación de estas

				quisieran participar en el estudio.		necesidades se sugieren unas estrategias de cuidado como la de proporcionar información suficiente mediante educación proactiva, la facilitación de opciones financieras, y el seguimiento y apoyo de las necesidades emocionales. Para ello las enfermeras deben establecer metas y objetivos que mejor se adapten a las necesidades de estas mujeres. Un ejemplo de intervención sería el seguimiento telefónico.
Psychological effects of a cosmetic education programme in patients with breast cancer.	Park, HY	15 diciembre 2014	Estudio prospectivo de casos y controles	60 mujeres del centro de cáncer de mama de la Universidad Nacional de Seoul de Corea. Grupo casos: 31 mujeres sometidas a mastectomía hasta 2 años atrás y siendo tratadas con quimioterapia o radioterapia que además recibieron la sesión educativa cosmética. Grupo control: 29 mujeres con las mismas características que recibieron únicamente el tratamiento habitual.	Identificar y comparar los efectos psicosociales sobre el grupo de mujeres que recibió una breve sesión de educación cosmética en los primeros días después del tratamiento, frente a aquellas que no la recibieron.	<p>Tras el estudio de algunas variables psicológicas como son el espíritu de lucha, la autoestima, la satisfacción sexual, la imagen corporal, o los estilos de afrontamiento se concluyó que en ambos grupos el espíritu de lucha estaba presente al principio pero que desaparece 1 mes después de la mastectomía. Respecto a la autoestima no se obtuvieron mejores efectos sobre esta en el grupo de casos ya que según los autores además depende de factores externos (se sugiere incluir a sus parejas en la sesión). El grupo de mujeres que recibió la sesión no mostró mejoría en su autopercepción corporal según los autores porque al principio estén centradas en sobrevivir y no tanto en su apariencia. Sin embargo, estas mujeres mostraron una mayor satisfacción sexual. Además, se observó que estilos de afrontamiento positivos están relacionados negativamente con la ansiedad y la depresión y los estilos pasivos (desesperanza) están directamente relacionados con la disminución de la autoestima, la percepción de apoyo y la satisfacción sexual.</p> <p>Los autores reconocen que estos resultados pueden deberse a que el estudio se basó en única sesión mientras que en otros realizados con anterioridad se llevó a cabo un estudio de múltiples sesiones. Aún así, sugieren que deben incluirse intervenciones específicas para las variables mencionadas previamente en futuros programas de educación cosmética.</p>
The Mirror Program: Preparing women for the postoperative Mastectomy mirror-viewing experience.	Wyona, M.F	Diciembre 2015	Estudio controlado aleatorizado. Casos y controles. La intervención se desarrolla en dos momentos en el tiempo (antes y después de la cirugía).	19 mujeres pertenecientes a 5 hospitales de Texas fueron repartidas de forma aleatoria en el grupo intervención o en el grupo control. Todas estaban a expensas de la mastectomía (con o sin reconstrucción), tenían al menos 18 años y sabían hablar y leer en inglés.	Obtener y proporcionar información, soporte emocional y preparar a la mujer para la experiencia postquirúrgica al verse frente al espejo.	<p>El 50% de las mujeres indicaron que preferían estar solas la primera vez que se miraban al espejo y que por tanto es importante preguntarles si prefieren estar solas o acompañadas. Además, en el grupo intervención las participantes mostraron mejor estado emocional y las mujeres mostraron deseo de hablar de la experiencia incluso en sesiones posteriores pasados 3 meses. Por ello se sugiere que futuros estudios incluyan sesiones adicionales hasta 6 meses y de hasta 9 meses para mujeres sometidas a reconstrucción. Sin embargo, debido a la inexistente literatura acerca de este tipo de intervenciones “espejo” no se pudieron comparar los resultados con otros estudios.</p> <p>Los autores sugieren que debido a la falta de evidencia sobre este tipo de intervención ante el espejo las enfermeras deberían investigar si esta tiene o no el potencial de mejorar la imagen corporal y resultados en salud de las mujeres que la reciben.</p>
Exercise, a path to wellness during adjuvant	Husebo, AM.	No especifica	Diseño descriptivo exploratorio	Mujeres de entre 18 y 70 años con cáncer de mama en estadios	Describir cómo el ejercicio fue percibido por estas mujeres	Las mujeres entrevistadas afirmaron que el ejercicio y en concreto pasear al aire libre les ayuda a conectar con la naturaleza, a incrementar sus niveles de energía y a eliminar los pensamientos negativos. Además, supone una fuente de distracción que

chemotherapy for breast cancer.			mediante entrevistas a grupos focales.	tempranos que se habían sometido a la cirugía de mama y participaron en un programa de ejercicio durante la quimioterapia.	como una influyente en su bienestar físico y psicológico y contribuir así al conocimiento enfermero para futuras intervenciones.	les evade de la enfermedad. Para ellas significa sentir que hacen algo ellas mismas de manera activa para luchar contra la enfermedad lo que les ayuda a creer más en la posibilidad de sobrevivir. Le dieron importancia al hecho de poder hacer ejercicio con sus familias o amigos. También les ayudó a aliviar los efectos secundarios a la quimioterapia, así como disminuir el dolor y mejorar la movilidad del brazo mejorando o manteniendo una buena condición física. Por último y no menos importante, el hecho de haber participado en ese programa contribuyó a su bienestar social, interactuando con las demás mujeres. Por esto las enfermeras deben conocer los beneficios del ejercicio para ellas, ya que les permitirá introducir este tipo de intervenciones en sus cuidados.
Afrontamiento del cáncer de mama. Papel de enfermería en el campo de la psicología.	Leal Torrealba, C.	20 mayo de 2015.	Revisión bibliográfica.	Mujeres que en el momento del estudio ya han sido diagnosticadas de cáncer de mama hasta su recuperación.	Conocer qué intervenciones enfermeras se llevan a cabo en los estudios de intervenciones psicológicas relacionadas con el afrontamiento del cáncer de mama.	<p>Todos los estudios de esta revisión se centran en el papel de la enfermera en la adaptación al cáncer de mama. En todos ellos participaron enfermeras ya fueran generalistas o enfermeras especialistas en oncología, psiquiatría y fisioterapia. Estas profesionales llevaron a cabo: intervenciones psicoeducativas llegando a demostrarse que el cuidado enfermero es beneficioso en la reducción de estrés, el dolor y la fatiga. También se realizó psicoterapia; con resultados positivos en el Plan de Cuidados y se demostró que una mejora del sueño, de la depresión y de la ansiedad se debía a las terapias cognitivo-conductuales. Por ello, Haejung defiende en su estudio la importancia del cuidado enfermero y señala que sería más efectivo con la adición de estas intervenciones a las habilidades enfermeras. Además, pone en énfasis la importancia de la realización de ejercicio, de la respiración abdominal y de los ejercicios post-mastectomía para mejorar la fatiga, la calidad de vida y evitar el edema linfático. Se observó que la intervención enfermera predominante, en un 100%, fue el aumento del afrontamiento, seguidas de la enseñanza del tratamiento y del proceso de enfermedad, la potenciación de la autoestima y en último lugar el apoyo y la implicación familiar. Malak y Li-Hi, en sus respectivos estudios, apoyan la necesidad de dar mayor importancia a la familia.</p> <p>La enfermería proporcionará a la paciente un cuidado holístico que no se basará exclusivamente en el aspecto técnico, sino que quedarán cubiertas todas las necesidades de la mujer.</p>